



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS - CEFD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

LEONARDO PEROVANO CAMARGO

**RELAÇÕES INTERSETORIAIS NO SOE ENQUANTO POLÍTICA
PÚBLICA QUE ATUA COM PRÁTICAS CORPORAIS PARA A
POPULAÇÃO IDOSA**

**Linha de pesquisa 2:
Estudos históricos e socioculturais da Educação Física, esporte e lazer.**

VITÓRIA - ES
2017

LEONARDO PEROVANO CAMARGO

**RELAÇÕES INTERSETORIAIS NO SOE ENQUANTO POLÍTICA
PÚBLICA QUE ATUA COM PRÁTICAS CORPORAIS PARA A
POPULAÇÃO IDOSA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para a qualificação ao título de Mestre.

Orientador:
Prof. Dr. Carlos Nazareno Ferreira Borges.

VITÓRIA - ES
2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Espaço para dados de catalogação

LEONARDO PEROVANO CAMARGO

**RELAÇÕES INTERSETORIAIS NO SOE ENQUANTO POLÍTICA
PÚBLICA QUE ATUA COM PRÁTICAS CORPORAIS PARA A
POPULAÇÃO IDOSA**

Texto apresentado para o processo de qualificação da dissertação de mestrado ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Física.

.Aprovado em ____ de _____ de _____.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profº. Drº. Carlos Nazareno Ferreira Borges
Universidade Federal do Pará
Orientador

Profº. Drº. Ivan Gomes
Universidade Federal do Espírito Santo

Profª. Drª. Antonia de Lourdes Colbari
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Izildo Corrêa Leite
Universidade Federal do Espírito Santo

AGRADECIMENTOS

Agradeço a insondável força divina universal, pela vida e saúde, me permitindo superar novas etapas e continuar me educando, ajudando a educar e vivendo uma vida desafiante e gratificante entre amigos e família.

Agradeço em especial ao meu orientador Carlos Nazareno Ferreira Borges, por sempre ter uma palavra de sabedoria em momentos oportunos.

A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer
A barba vai descendo e os cabelos vão caindo pra cabeça aparecer
Os filhos vão crescendo e o tempo vai dizendo que agora é pra valer
Os outros vão morrendo e a gente aprendendo a esquecer

Não quero morrer, pois quero ver
Como será que deve ser envelhecer
Eu quero é viver pra ver qual é
E dizer venha pra o que vai acontecer

Eu quero que o tapete voe
No meio da sala de estar
Eu quero que a panela de pressão pressione
E que a pia comece a pingar
Eu quero que a sirene soe
E me faça levantar do sofá
Eu quero pôr Rita Pavone
No *ringtone* do meu celular
Eu quero estar no meio do ciclone
Pra poder aproveitar
E quando eu esquecer meu próprio nome
Que me chamem de velho gagá

Pois ser eternamente adolescente nada é mais *demodê*
Com uns ralos fios de cabelo sobre a testa que não para de crescer
Não sei por que essa gente vira a cara pro presente e esquece de aprender
Que felizmente ou infelizmente sempre o tempo vai correr

(Arnaldo Antunes - Envelhecer)

Quem teve a ideia de cortar o tempo em fatias, a que se deu o nome de ano, foi um indivíduo genial. Industrializou a esperança, fazendo-a funcionar no limite da exaustão. Doze meses dão para qualquer ser humano se cansar e entregar os pontos. Aí entra o milagre da renovação e tudo começa outra vez, com outro número e outra vontade de acreditar que daqui pra diante vai ser diferente.

(Autor desconhecido - Cortar o tempo)

RESUMO

Há um fenômeno mundial de aumento da expectativa de vida e queda da taxa de fecundidade, promovendo o envelhecimento da população e consequentemente, a necessidade de Políticas Públicas se adaptarem aos serviços para maior alcance e qualidade para esta população. A Política Nacional de Promoção da Saúde aponta a intersetorialidade como elemento institucional e como uma forma de gestão que potencializa os serviços de saúde, além da literatura apontar a participação social (um dos elementos da intersetorialidade) como fator de proteção e promoção de vida ativa para os idosos. A metodologia de pesquisa usou técnicas qualitativas propostas por Richardson (1999): análise documental, entrevista guiada e questionários semi-estruturados. Como técnica de análise, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin (2009). Como resultados, tem-se que o SOE que é um dos braços do SUS em estratégia de promoção da saúde, também deveria estar trabalhando na lógica do PNPS, incorporando a intersetorialidade em suas ações. Porém, a pesquisa apontou para relações intersectoriais incipientes, apesar de ser um programa que tenta se alinhar as tendências atuais de promoção de saúde. Dentro dos modelos de análise política de Dye (2005) tem-se o início do SOE classificado como o modelo de elite e atualmente agindo como o modelo incremental, que são variações sobre o passado, aplicando pequenas melhorias em políticas já consolidadas, para evitar atritos políticos e gastos em novas ou grandes reformulações. Conclui-se que o SOE, apesar de ser uma Política Pública de vanguarda e de referência nacional, ainda possui relações intersectoriais incipientes, classificadas como articulações governamentais horizontais, que é uma intersetorialidade embrionária, abrindo caminho para a construção de uma Política Pública com mais alcance e qualidade. A gestão apontou a importância da intersetorialidade, mas constatou que uma limitação pode ser a falha na formação dos profissionais. A população, apesar do alto perfil econômico e do bom nível de educação, apresentou falta de conhecimento sobre o tema intersetorialidade.

Palavras Chave: Intersetorialidade, Práticas Corporais, Idosos.

ABSTRACT

There is a worldwide phenomenon of increasing of life expectancy and falling in fertility rate, promoting the aging of the population and, consequently, the need of Public Policies to adapt their services for greater reach and quality for this population. The PNPS points to intersectoriality as an institutional element and as a form of management that enhances health services, in addition to the literature pointing to social participation (one of the elements of intersectoriality) as a factor of protection and promotion of active life for the elderly. The research methodology used qualitative techniques proposed by Richardson (1999): documentary analysis, guided interview and semi-structured questionnaires. As analysis technique, we used the content analysis of Bardin (2009). As a result, the SOE, which is one of the arms of SUS in health promotion strategy, should also be working on PNPS logic, incorporating intersectoriality in its actions. However, the research pointed to incipient intersectorial relationships, despite being a program that tries to align the current trends of health promotion. Within the models of political analysis of Dye (2005) we have the beginning of the SOE classified as the elite model and currently acting as the incremental model, which are variations on the past, applying small improvements in already consolidated policies, to avoid political friction and big spendings on new or major reformulations. It is concluded that SOE, despite being a important Public Policy and a national reference, still has incipient intersectorial relations, classified as horizontal governmental articulations, which is an embryonic intersectoriality, opening the way for the construction of a Public Policy with more spread and quality. The management pointed out the importance of intersectoriality, but found that one limitation may be the failure to train professionals. The population, despite the high economic profile and the good level of education, presented lack of knowledge about the intersectoral theme.

Keywords: Intersectoriality, Corporal Practices, Elderly.

LISTA DE SIGLAS

AF – Atividade Física
APPI – Academia da Pessoa Idosa
AS – Academia da Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSI – Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CPTT – Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos
CRAI – Centro de Referência e Atendimento ao Idoso
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
PC – Prática Corporal
PMV – Prefeitura Municipal de Vitória - ES
PNPS – Política Nacional de Promoção de Saúde
PP – Política Pública
PPP - Parceria Público-Privado
PSF – Programa Saúde da Família
SEMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social
SEME – Secretaria Municipal de Educação
SEMESP – Secretaria Municipal de Esporte e Lazer
SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde
SOE – Serviço de Orientação ao Exercício
SUS – Sistema Único de Saúde
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 - INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 - METODOLOGIA | 20 |
| 3 - REVISÃO DE LITERATURA | 23 |
| 4 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS | 33 |
| 4.1 - POLÍTICA ESCOLHIDA PARA A ANÁLISE | 36 |
| 4.2 – ANÁLISE DOCUMENTAL | 43 |
| 4.3 – CAMPO | 50 |
| 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS | 69 |
| 6 - REFERÊNCIAS | 71 |
| 7 - APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 77 |
| 8 - APÊNDICE B: Lei e decreto de 1985 instituindo o Serviço de Orientação da Fisiologia do Exercício | 78 |

1 - INTRODUÇÃO

Inicia-se, situando o presente pesquisador, em um breve histórico de como chegou até aqui. Durante uma monitoria na disciplina de Introdução a Educação Física¹, houve o convite para a participação no grupo de pesquisa INSIEMÈ².

A partir desta participação, houve o convite a uma Iniciação Científica (IC) na qual estudamos Políticas Públicas, Esporte, Lazer e a relação público-privada nas orlas e parques dos municípios de Vitória e Serra - ES. Surgiu desta IC o interesse pelo campo de Políticas Públicas relacionadas à Educação Física, e um pequeno aprofundamento inicial no viés do lazer dentro dos eixos priorizados pela Educação Física: Saúde, Esporte, Educação e Lazer.

A partir deste ponto, houve o início da apresentação de trabalhos em congressos, sendo a primeira comunicação oral apresentada, em 2014, um estudo da relação do Trabalho de Conclusão de Curso 'ID Capixaba'³, que falava da cultura e identidade capixaba a partir da arte, e sua relação com as teorias do lazer.

No ano posterior (2015) houve a participação com outros membros do grupo em um encontro internacional de história, parceria entre Paris-Est e Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), quando foi apresentado o trabalho 'Histórias observadas: os seres humanos e as práticas corporais nos espaços público e privado', e posteriormente o resultado da iniciação científica foi apresentado na primeira edição do Congresso Nacional de Ciências Sociais (CONACSO).

A partir deste histórico inicial de pesquisa nos campos de Políticas Públicas, Esportes e Lazer nasceu a ideia da presente pesquisa, mas adicionando a percepção do fenômeno do envelhecimento populacional.

A preocupação inicial partiu da sensação de não priorização de direitos sociais básicos da população idosa, causando abandono e má qualidade de vida, com uma parcela da sociedade que se assemelha a algumas tribos primitivas, em que os idosos eram abandonados à própria sorte para sucumbirem ao seu fim sem prejudicar o andamento da tribo. Apesar do problema no funcionamento das Políticas Públicas ser geral, nesta parcela da população, os

¹ Disciplina realizada em 2014/1 no curso de licenciatura em Educação Física, da Universidade Federal do Espírito Santo.

² Grupo de pesquisa que estuda sociologia e Políticas Públicas relacionadas às práticas corporais e que se aloca dentro do CESPCEO (Centro de Estudos em Sociologia das Práticas Corporais e Estudos Olímpicos), onde há mais dois grupos, ANDALUZ, que estuda prevenção ao uso de drogas e relações com a Educação Física, e ARETE, relacionado aos estudos olímpicos e valores educacionais do esporte.

³ TCC apresentado na primeira formação do pesquisador, no curso de Design, no Centro de Artes da UFES. O trabalho foi apresentado no Congresso Espírito-Santense de Educação Física em 2014.

efeitos podem ser ainda mais prejudiciais. Uma vida de descumprimentos de direitos culminando em um fim de vida fragilizado e ainda continuamente golpeado.⁴

A partir desta trajetória inicial, durante a revisão de literatura ligada as Políticas Públicas com práticas corporais⁵ para idosos, houve a produção de colunas de opinião que foram aprovadas para publicação em um jornal de grande circulação capixaba.⁶

Dentro desta temática, da questão do envelhecimento populacional como fenômeno mundial, das Políticas Públicas com atividades físicas/práticas corporais como fator de promoção da saúde e da intersetorialidade na gestão pública (como forma de aprimoramento dos serviços públicos, potencializador da participação social e elemento criativo) norteou a presente pesquisa.

A Constituição Federal Brasileira de 1988, que forneceu bases jurídicas para a busca pelo cumprimento de direitos sociais da população, concretizando-se posteriormente em Políticas Públicas, tanto as Políticas de Estado (políticas constitucionais, sendo obrigatório o cumprimento independente do governo eleito, como exemplo temos na saúde, o SUS – Sistema Único de Saúde) quanto em Políticas de Governo (em ações específicas de mandatos).

No campo específico da Educação Física (que tem as Práticas Corporais como um dos objetos de estudo), analisa-se como elas são utilizadas como ferramenta dentro dos projetos e programas, nas Políticas Públicas, como forma de materializar estes direitos constitucionais, passando em alguns momentos por campos que se entrelaçam multidisciplinarmente na obtenção destes resultados.

⁴ Nas tribos de tipo coletoras, era comum o abandono de idosos nas longas caminhadas em busca de alimentos, desconstruindo a visão romântica de velhos respeitados por sua sabedoria. O levantamento antropológico de Simone de Beauvoir aponta também que o destino dos idosos sempre foi decidido pelo coletivo segundo o interesse do mesmo (FERRIGNO, 1991). No Japão feudal retratado no filme 'A Balada de Narayama', o país passava por grande miséria, onde eliminava-se da comunidade, indivíduos considerados 'inúteis', como os idosos, os levando ao topo de um monte onde deviam esperar a morte, que era acalentada pelo poder do Deus Narayama (SOUZA, 2014).

⁵ As Práticas Corporais são fenômenos culturais humanos que se realizam em manifestações como os jogos, danças, ginásticas, esportes, lutas, brincadeiras e conhecimentos sobre o corpo. As Práticas Corporais são consideradas também uma forma de linguagem como expressão corporal e este conjunto de fenômenos são chamados de 'cultura corporal'. Estas práticas são estudadas especialmente pela disciplina curricular educação física, além de objeto de pesquisa do campo acadêmico da educação física e ciências do esporte (BRACHT 1999; MAUSS 2003; SILVA; DAMIANI 2005; CARVALHO 2006).

⁶ 'Direito ao prazer na velhice', matéria publicada em 01/12/2014 e 'O que você vai ser quando envelhecer?', publicada em 03/08/2015, ambas no Jornal A Tribuna. Após esse período inicial houveram as seguintes matérias publicadas no mesmo jornal: 'Rosseau e a Educação de Corpos', em 23/04/2016; 'Políticas, Idosos e Musculação', em 15/06/2016; 'Olimpíadas, ciência e nazismo', em 01/08/2016; 'Paralimpíadas e inclusão social', em 07/09/2016; 'Meu Corpo é Feio', em 15/10/2016; e 'Atividade Física também é Política Pública', em 06/01/2017.

Diante desta perspectiva, é constatado um fenômeno que vem ocorrendo no mundo de forma geral, por isso a necessária preocupação com a saúde dessa faixa geracional, que é o aumento da expectativa de vida, a qual, aliada à queda da taxa de fecundidade, promove o envelhecimento da população mundial (RAMOS, 2002).

Por esta razão, os sistemas de saúde e os projetos e programas materializados pelas Políticas Públicas precisarão se adaptar para o atendimento a esta parcela da população, visto que há previsão de que em 2020, pela primeira vez na história mundial, o número de idosos irá superar o de crianças menores de cinco anos. Uma a cada sete pessoas será idosa. Já em 2050, uma a cada cinco estarão nesta faixa geracional.⁷

Eduardo Pereira Nunes, presidente do IBGE de 2003 a 2011, afirmou durante a apresentação dos dados do censo de 2010, que “[...] a queda da taxa de fecundidade e da mortalidade infantil aliadas à maior expectativa de vida da população, explicam essa mudança do padrão demográfico”.⁸

Enquanto no ano 2000 a população idosa era de 5,61%, em 2015 tivemos 7,90% da população brasileira neste período geracional, com projeção de 13,44% para 2030.

Prevê-se que nas próximas décadas, da crescente população idosa mundial, 3/4 esteja localizada em países considerados periféricos (em antagonismo aos ditos hegemônicos), como o Brasil, demonstrando a necessidade de satisfazerem-se as necessidades desses cidadãos (ISAYAMA; GOMES, 2008).

No estado do Espírito Santo, esta realidade também se confirma, sendo que “a população capixaba vem passando por uma fase de transição demográfica na qual a população deixa de ser predominantemente jovem e passa a se tornar progressivamente envelhecida” (INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2013, p. 14).

Outra razão para este distribuído envelhecimento populacional, pode se dar pela evolução científica em diferentes áreas, e consequente acesso ampliado de alguns indivíduos a uma vida com melhores condições, contemplando determinados aspectos de suas necessidades fisiológicas, mentais e sociais:

O envelhecimento populacional é um fenômeno que tem afetado a população mundial. Os avanços tecnológicos, científicos e as melhores condições de vida têm aumentado a expectativa de vida no planeta. A velhice deixou de ser um fenômeno

⁷ Notícia "Envelhecimento populacional dominará políticas de saúde, diz OMS", disponível em <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2014/11/envelhecimento-populacional-dominara-politicas-de-saude-diz-oms.html>, acesso em 13/05/2015.

⁸ Notícia “Dados preliminares do Censo 2010 já revelam mudanças na pirâmide etária brasileira”, disponível em <http://cod.ibge.gov.br/1XWJ4>, acesso em 13/05/2015.

particular, e sim universal, pois não são as pessoas isoladas que envelhecem, senão as populações dos países. Mesmo os países considerados jovens, estão experimentando um envelhecimento acelerado em sua população (BULA; TSURUZONO, 2010, p. 104).

Essa evolução científica e busca por acesso ampliado de oportunidades aos idosos, se dá em dois ramos que pensam a análise do processo de envelhecimento: geriatria e gerontologia. Enquanto a geriatria é um ramo que se dedica a problemas médicos dos idosos, a gerontologia é um campo de estudos multidisciplinar, sobre o processo de envelhecimento, e que leva em conta fatores biológicos, educacionais, psicológicos, sociológicos, geográficos, entre vários outros (ISAYAMA; GOMES, 2008). O envelhecimento pode ser definido como:

Um processo que provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais; pois é na velhice que esse processo aparece de forma mais evidente. As modificações biológicas são as morfológicas, reveladas por aparecimento de rugas, cabelos brancos e outras; as fisiológicas relacionadas às alterações das funções orgânicas; as bioquímicas estão diretamente ligadas às transformações das reações químicas que se processam no organismo. As modificações psicológicas ocorrem quando, ao envelhecer, o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano. Já as modificações sociais são verificadas quando as relações sociais tornam-se alteradas em função da diminuição da produtividade e, principalmente, do poder físico e econômico, sendo a alteração social mais evidente em países de economia capitalista (SANTOS, 2010, p. 1036).

Apesar dessa definição generalista, sabemos que o idoso não pode receber uma classificação única que despreze sua história de vida, estilo de vida atual, a comunidade e a sociedade onde está inserido, assim Veras (2009, p. 10) aconselha que “não é possível estabelecer conceitos universalmente aceitáveis e uma terminologia globalmente padronizada para o envelhecimento [...] há conotações políticas e ideológicas associadas ao conceito, que podem ser melhor visualizadas dentro de sociedades específicas.”

Partindo para o caso específico do município de Vitória, encontrou-se um mapeamento produzido no INSIEME (BACHETTI, 2014), e vimos o SOE (Serviço de Orientação ao Exercício) como a Política Pública mais antiga entre as listadas, que tem uma boa abrangência populacional e que apesar de não ser voltada exclusivamente para os idosos, têm alto percentual deste público. Na ginástica, que é a prática mais comum nos módulos, durante o período matutino, encontra-se 100% de idosos em alguns módulos.

Assim procurou-se identificar relações intersetoriais dentro do SOE, a partir do que os documentos indicaram (análise documental), do que a gestão nos informou (entrevista guiada com a gestão) e o que foi verificado em campo (entrevista guiada com a população atendida e diário de campo).

As hipóteses iniciais foram de que as ações intersetoriais são potencialidades criativas para a existência de sinergia⁹ e/ou para a ampliação do alcance das Políticas Públicas. Porém as ações deste tipo ainda são utilizadas de forma escassa pelos gestores, sendo que quando são bem utilizadas acabam produzindo resultados positivos (JUNQUEIRA, 1997).

Os problemas sociais, por serem complexos, necessitam da integração de diferentes atores sociais e organizacionais, assim as ações intersetoriais permitem a integração de saberes e experiências, possibilitando a inovação na gestão pública (JUNQUEIRA, 2004).

Em leituras preliminares de trabalhos produzidos no INSIÊME (NASCIMENTO et al, 2014), percebe-se que as atividades físicas/práticas corporais (AF/PC) se fazem presentes em ações de diferentes setores da gestão pública que prestam serviço à população idosa. Dessa forma, setores como o de esporte e lazer, saúde, cultura, assistência social, educação, entre outros, deveriam oferecer ações que pretendem objetivos específicos de atendimento aos direitos das pessoas idosas relacionados às suas pastas.

Por conseguinte, a pergunta norteadora da presente pesquisa é: que aspectos podem caracterizar o SOE como uma Política Pública intersetorial a favor do acesso aos direitos dos idosos as atividades físicas / práticas corporais?

A partir deste questionamento, o objetivo geral da pesquisa é investigar as relações intersetoriais nas ações de Políticas Públicas com AF/PC para idosos, delimitando a análise ao Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) do município de Vitória – ES.

Para chegar a esse objetivo geral é necessário atingir os seguintes objetivos específicos, que são meios para se chegar ao objetivo geral: Analisar documentos relativos aos direitos sociais dos idosos; Entrevistar a gestão da Política Pública escolhida; Vivenciar a Política Pública e; Ouvir usuários do SOE.

Assim, a relevância social desta pesquisa se justifica inicialmente por 4 (quatro) fatores que são explicados a seguir:

O primeiro se relaciona ao fornecimento de questões e reflexões para o Poder Público: sente-se viver, de modo geral, em uma sociedade onde os indivíduos não conhecem e, por conseguinte não respeitam a legislação, e apesar da própria lei afirmar que o indivíduo não pode alegar o desconhecimento da lei como atenuante, pois “ninguém se escusa de cumprir a lei, alegando que não a conhece” (Lei 4657 de 04/09/1942, artigo 3º, que trata da introdução

⁹ Em uma metáfora fisiológica, quando diz-se que dois hormônios são 'sinérgicos', significa que a ação de ambos isoladamente é uma, e quando agem em conjunto, o efeito de ambos não é apenas somado, mas sim ampliado exponencialmente. Assim, ações intersetoriais sinérgicas, seriam aquelas onde agentes trabalhariam juntos em um efeito multiplicador de possibilidades.

às normas do Direito Brasileiro), sente-se que o próprio Poder Público, muitas vezes não faz sua parte na garantia dos direitos constitucionais dos cidadãos.

Este quadro leva a pensar em quantos direitos são violados diariamente, seja por desconhecimento, seja por intenção deliberada de obter vantagem (como a iniciativa privada usa artifícios para aumentar lucros) e a população idosa pode passar a sofrer com a escassez de oferecimento de alternativas para o cumprimento dos seus direitos.

Assim sendo, pesquisas científicas podem contribuir para uma melhor compreensão social, além de fornecimento de reflexões para representantes do Poder Público.

Tendo um trabalho orientado em uma linha de estudos políticos, apesar de parecer pretensioso, acredita-se que pode-se colaborar na divulgação de reflexões um pouco mais elaboradas para a opinião pública.

O segundo refere-se ao aumento da população idosa, e consequente necessidade de atendimento desta parcela populacional: é fundamental que aponte-se o preconceito e o próprio medo da velhice, que é cunhado intencionalmente pela sociedade que visa apenas o lucro, o produtivo, o descartável e o efêmero (BARRETO, 1997).

Em terceiro lugar tem-se a possibilidade de melhoria da saúde, qualidade e expectativa de vida, portanto interesse social e pessoal como sujeito que está/estará inserido nesta população: pesquisar possíveis caminhos para atenuar malefícios do tempo no corpo, proporcionar alternativas de acesso à saúde e lazer, proporcionando uma velhice mais digna, é uma questão motivadora de reconhecer e respeitar quem tanto contribuiu e contribui para nossa sociedade é respeitar-se e aceitar-se como ser que poderá se encontrar neste período geracional e que pretende descobrir-se em um coletivo com melhores oportunidades.

E como quarto e último fator de justificativa, pretende-se a possibilidade de diálogo com outras pesquisas/pesquisadores e contribuição para discussão da área: esta pesquisa pode contribuir na reflexão de questões relativas a saúde e lazer voltados aos idosos, garantindo a possibilidade de reflexão de como cumprir de forma mais próxima, os direitos previstos nas legislações para este grupo especial. Seja dialogando com outras pesquisas e pesquisadores, seja divulgando reflexões e resultados para o público acadêmico e geral.

Antes da apresentação da metodologia da presente pesquisa, a título de verificação de estado da arte realizou-se uma busca sistemática no banco de dados virtual da UNICAMP.

Os descritores utilizados no algoritmo de pesquisa foram: [educação física intersectorialidade idosos saúde], tendo sua seleção focada em Teses Digitais mais recentes (2016). Após a triagem, eliminando pelo título as teses com caráter unicamente médico ou sem relação com a saúde de idosos, restaram 3 teses para consulta.

Verifica-se que um elemento chave dentro do processo de envelhecimento, para a garantia de sucesso e bem estar nesta faixa etária, é a participação social. Este elemento, que é um dos constituintes fundamentais da intersectorialidade, também aparece como fator de manutenção de habilidades cognitivas, possibilitando a permanência de idosos saudáveis, ativos e produtivos. (PINTO, 2016)

Este é um fator reconhecido de envelhecimento ativo tanto pela Organização Mundial da Saúde, como pelos teóricos da gestão e Políticas Públicas, defensores da intersectorialidade. Na tese de Pinto (2016), através de revisão sistemática de literatura, análise de banco de dados e entrevista com idosos, identificou o desengajamento social como um fator limitante na qualidade de vida desses indivíduos, sendo outras causas identificadas: baixo suporte social, problemas de visão, sintomas de depressão, status cognitivo baixo e lentidão na marcha.

Tanto Pinto (2016), como Pereira (2016) identificaram que atingir a velhice não é uma dádiva de poucas pessoas dentro de uma determinada população. E sim que este é um fenômeno que trás a necessidade de discussões e pesquisas, sobre o aumento da longevidade, da caracterização de grupos etários e dessa dinâmica, buscando maior qualidade de vida e livrando-se de incapacidades.

Pereira (2016) analisou as condições de vida e saúde de idosos, tendo como recorte geracional, uma década, entre os anos de 1998 e 2008. Através da análise das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNADs) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a pesquisadora conseguiu um retrato dessa população dentro deste período. Após análises demográficas, socioeconômicas e de condições de saúde, ela concluiu que este rápido processo de envelhecimento populacional, trouxe novos problemas, especialmente para os idosos com idade mais avançada (80 anos ou mais), fragilizados e vivendo em regiões de menor desenvolvimento econômico.

Já Mantovani (2016) desenvolveu três estudos estatísticos independentes, envolvendo o idosos brasileiros (Campinas e Belém). A análise contou com o uso de questionários, listas de atividades e entrevistas sobre os significados de velhice saudável e felicidade. Como resultados, a pesquisadora apontou que idosos com menos doenças apresentam maior grau de satisfação com a vida, que as mulheres tinham mais doenças, consumiam mais medicamentos e tinham pior desempenho funcional que os homens. Em relação a velhice saudável, felicidade e satisfação com a vida, pontuaram melhor os idosos mais ativos, independentes e que tinham acesso a atividades prazerosas (lazer). Já em relação a autoavaliação negativa da saúde, foi identificada como piores entre os indivíduos com menor escolaridade, possuidores

de doenças crônicas e com déficit visual. Na finalização dessa tese a pesquisadora avaliou que a percepção positiva da própria saúde e a satisfação com a vida, tem relação direta com a funcionalidade, sendo as condições socioeconômicas um fator de interferência neste envelhecimento com qualidade.

Finalizando este estado da arte, percebe-se que todas as teses analisadas apontam o envelhecimento populacional como um fenômeno constatado, necessitando novas estratégias dos serviços de saúde para a melhoria da vida desta faixa geracional. Como caminhos foram apontadas elaboração de Políticas Públicas específicas, estratégias de promoção da participação social, foco nos idosos mais fragilizados, sendo aqueles com carências socioeconômicas.

2 - METODOLOGIA

Após essa problematização apresentam-se as opções metodológicas para o alcance dos objetivos da pesquisa, que foram os conjuntos de técnicas propostos por Richardson (1999): a Análise Documental (Documentos, leis e decretos), a Entrevista Guiada com a Gestão da Política Pública analisada, Questionários Semi-Estruturados com população atendida e Diário de Campo.

Dentro das técnicas de produção de dados¹⁰, utilizamos Richardson e aprimora-se a metodologia com Bardin (2009), que aponta que a análise de conteúdo abarca dois tipos de comunicação, a instrumental (onde a ênfase é no contexto e circunstância da mensagem) e a representacional (onde a centralidade está no uso das palavras).

Esta é uma pesquisa qualitativa, que buscou suporte teórico bibliográfico, análises documentais, mapeamento de ações, inserção no campo, entrevistas com gestão e população atendida e interpretações destas relações entre teorias, legislações e ações.

A análise documental é parte da análise de conteúdo, que é uma forma mais ampla de análise dessas comunicações humanas, sendo assim, ela possibilita estudar ou analisar documentos em busca de circunstâncias sociais e/ou econômicas para a construção de relações de significado (RICHARDSON, 1999).

Dentro das fases de análise de conteúdo propostos por Bardin (2009) temos 3 fases que contém subdivisões. A primeira fase é a pré-análise, onde há a leitura flutuante de diversos materiais com o objetivo de escolha dos documentos ou fontes. Assim a seleção do corpus de análise precisa obedecer aos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. A segunda fase é a da exploração do material, tendo como subdivisões a codificação, classificação e categorização. Na última fase, há o tratamento dos resultados e exposição das interpretações, que subdivide-se em interpretação inferencial, análise e explicação de conteúdos tanto manifestos quanto latentes e da mediação entre o conteúdo descrito e a teoria orientadora da pesquisa.

As técnicas de análise categorial de Bardin são: de avaliação, de enunciação, de discurso, de expressão e de relações. A partir destas técnicas há possibilidade de análises dos tipos frequencial (quantidade de vezes que determinado assunto é repetido), significados (análise temática), análise do discurso (léxica, lógica, neste caso é necessário ser profissional da área de linguística ou comunicação para efetiva análise), de expressão (cultural, forma,

¹⁰ O termo 'produção' é optado ao termo 'coleta' por pensar que este não é um processo neutro. Apesar da tentativa de dada 'imparcialidade' e afastamento pessoal do objeto, há uma resignação em saber que há contaminação da relação pesquisador e campo, havendo enfim uma produção desses dados, não somente uma coleta fria de dados estéreis.

conteúdo, estilo, etc), histórica (períodos, cronológica, fatos significativos) entre outros (agressividade, auto-imagem, crítica, modo de vida, condições de vida, etc) (BARDIN, 2009).

Na primeira parte de produção dos dados desta pesquisa, é realizada uma análise utilizando uma matriz analítica quantitativa e depois descritiva, na busca por significados, utilizando dos seguintes descritores: 'Educação Física', 'Idoso', 'Práticas Corporais' (Dança, Artes Marciais/Lutas, Esporte, Ginástica e Jogos), 'Saúde', 'Lazer' e 'Intersetorialidade' (Articulação, integração e Interdisciplinaridade).

O procedimento dessa análise é a busca pelas ocorrências desses descritores, em arquivos digitais do tipo PDF (*Portable Document Format*) das legislações analisadas (Constituição Federal de 1988, Estatuto do Idoso, Lei Orgânica de Vitória-ES e Lei/Decreto de instituição do SOE), anotando o número de ocorrências de cada um dos descritores, e na sequência, o trecho onde foi identificada a ocorrência.

O tratamento posterior dos dados, apresenta a relação interpretativa dos trechos selecionados, com os conceitos encontrados na literatura, auxiliando na interpretação do que deveria ser, em termos de Políticas Públicas, a partir destes documentos. Estas técnicas permitirão a análise das Políticas Públicas e verificação de ações de intersetorialidade, ou possibilidade de relações intersetoriais e os seus desdobramentos.

As análises documentais geraram grades, que depois foram transformadas em uma tabela de resumo, sendo apresentada no capítulo de análise documental, tanto a tabela quantitativa, quanto as interpretações dos trechos de documentos.

Na segunda parte de produção de dados, é realizada uma entrevista guiada com o coordenador do SOE (denominado de Gestor), utilizando-se de perguntas que são categorizadas e depois analisadas juntamente com a fundamentação teórica relativa a intersetorialidade.

Na terceira parte de produção de dados, são tomadas informações do diário de campo para que no cruzamento com os dados originados dos questionários e entrevista guiada com uma amostra da população atendida e suas relações teóricas, a fim de favorecer a interpretação dos desdobramentos das ações intersetoriais e como elas chegam aos participantes.

O período de inserção no campo foi de 16/08/2016 à 22/12/2016, sendo feito inicialmente um reconhecimento dos módulos citados pelo gestor como mais relevantes pela quantidade de alunos engajados. Dentro dos módulos visitados, identificou-se nas falas do gestor e professores o módulo de Jardim da Penha como o mais 'movimentado', 'turístico' e

com alto número de idosos em idade mais avançada, sendo este selecionado como lócus principal da pesquisa. Em segundo lugar ficou o módulo da Pedra da Cebola como o mais 'sociável e familiar' com 'alto índice de idosos' e em terceiro o da Ilha das Caieiras como o 'com serviços de saúde e lazer mais próximos geograficamente', infelizmente, devido ao tempo de pesquisa, ambos não puderam ser explorados adequadamente como ocorreu com o módulo de Jardim da Penha.

Os dados produzidos foram analisados e colocados ao longo do texto da dissertação, apresentando-se na sequência, uma síntese estrutural desta dissertação:

Após a introdução, segue o presente capítulo de metodologia e após um capítulo de revisão de literatura (capítulo 3), no qual serão discutidos temas como a intersetorialidade na gestão da saúde, definições de Políticas Públicas, formas de análise dessas políticas e a relação das práticas corporais com a saúde.

Sequencialmente (capítulo 4), será apresentada a Política Pública escolhida para a análise, no caso o SOE, sua origem, como se organiza atualmente, como foi modelo de inspiração para um projeto federal de promoção de saúde denominado Academia da Saúde e algumas considerações após um primeiro contato com o campo.

No capítulo seguinte (capítulo 5) serão mostrados os resultados das análises documentais, em uma busca pelo 'como deveria ser' nas Políticas Públicas, analisando principalmente temas como a intersetorialidade, idosos, saúde e lazer.

No penúltimo capítulo (capítulo 6) será feita a triangulação dos dados obtidos na entrevista com o gestor, questionários da população atendida e o diário de campo, buscando reflexões pelo 'como realmente é', no campo.

Por fim apresentaremos as considerações finais, com os principais achados da presente pesquisa.

3 - REVISÃO DE LITERATURA

Faz-se necessária uma revisão de literatura, demonstrando os caminhos teóricos optados, na intenção do esclarecimento de alguns conceitos com os quais iremos operar nessa pesquisa. O resultado dessa revisão de literatura é apresentado na sequência, iniciando com o conceito principal da pesquisa, que é o de intersectorialidade.

A aliança entre atividade física e saúde, é tida quase como um consenso social, especialmente no Brasil através do discurso médico que apresentou a Educação Física como sinônimo de atividade física e saúde, através da divulgação de hábitos de caráter higienista, e como meio de eugeniação da raça brasileira e da construção da moral da juventude (OLIVEIRA et al., 2001).

Encontra-se um conceito, divulgado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco histórico das manifestações pelo direito a saúde no Brasil, em 1986, que caracteriza a saúde como o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde.

Dessa forma, reduzir a saúde a apenas um determinante biológico e excluir as responsabilidades políticas do Estado, é encarar o problema sob uma perspectiva pouco abrangente e sem enxergar caminhos para proposição de soluções.

A implantação do SUS possibilitou uma visão ampliada de saúde no Brasil, com um indicativo de descentralização¹¹ nas ações desta pasta (VENTURIM, 2011).

Essa descentralização, aliada a intersectorialidade, como nova estratégia de gestão, possibilitou a participação de diferentes setores da sociedade civil junto ao Estado. O município, aliado a diferentes instâncias, passou a atender as demandas de saúde da população (BACHETTI, 2014).

A gestão descentralizada e intersectorial propõem melhorar a qualidade de vida dos cidadãos, oferecendo melhores serviços e os convocando a participar no processo de implementação das Políticas Públicas. Desta forma, as intervenções tem um caráter integrado e equitativo (JUNQUEIRA, 2004).

A intersectorialidade agrega diversos setores¹² na solução de problemas sociais, sendo fundamental na garantia do direito à saúde, pois através de parcerias com setores como

¹¹ Dispersão da autoridade e poder entre partes que compõem determinada estrutura política.

¹² Tanto da gestão pública, como da sociedade civil.

Educação, Habitação, Cultura, etc., esse direito se cumprirá com mais efetividade¹³, aliando "o que deve ser feito, com o que pode ser feito" (BACHETTI, 2014, p. 15).

A ampliação do discurso de 'atividade física, igual à saúde que é igual à Educação Física', não é uma negação da relação entre estes fatores, visto que vários autores encontraram uma relação benéfica entre atividade física, prática corporal, saúde e Educação Física, a ponto de serem importantes ferramentas na área de saúde pública (FERREIRA, 2001).

Falando-se ainda em intersetorialidade, Junqueira (1997, 1998, 2004, 2005) apresenta que a abordagem dos problemas sociais de forma ampliada, levando em conta questões multifatoriais e os analisando de forma integrada, possibilita uma estratégia de excelência e administração pública eficiente.

A saúde, sendo um direito social, tem ações do Estado em diferentes esferas que acabam atuando sobre esse direito do cidadão, sendo assim necessário a análise dessas ações nas Políticas Públicas de saúde, que conta com a participação social como elemento essencial no exercício da cidadania (BACHETTI, 2014).

Para Locke, a tarefa fundamental do governo seria o de garantir os direitos naturais dos cidadãos, (1994, apud COUTINHO, 1999) entretanto, Hannah Arendt afirma que o indivíduo não nasce com esses direitos 'naturais', mas sim, os adquire por fazer parte de uma comunidade que oferece a ele o direito de ter direitos (ARENDT, 1989).

Marshall (1967), apresenta a ideia de que os indivíduos vão conquistando direitos, no decorrer de sua existência, dentro de determinada sociedade. Ele ainda categoriza esses direitos em três grupos: civis, políticos e sociais.

Os direitos civis seriam os que garantem a existência individual e sobrevivência, devendo ser acessíveis a todos, como o direito à vida, a liberdade de expressão, a justiça, etc.

Os direitos políticos seriam os relativos à participação nas esferas políticas, o de escolher representantes e de poder se eleger um desses representantes.

Os direitos sociais seriam os que garantiriam o uso de uma herança social de determinada sociedade, no uso das riquezas coletivas para a garantia de direitos como a educação, segurança, habitação, alimentação, trabalho, saúde, lazer, etc. (MARSHALL, 1967).

¹³ Eficiência propõe bons resultados focando nos menores custos. Eficácia propõe os melhores resultados da melhor forma possível. A efetividade propõe alcançar resultados planejados, aliando as duas formas anteriores, produzindo resultados reais, da melhor forma possível e com os melhores recursos.

Fazendo um paralelo histórico entre a Inglaterra e Brasil, foi identificada que a conquista destes direitos sociais na sociedade inglesa, se deu a partir de um desequilíbrio de força entre a burguesia e o proletariado, que ao perceber que essa reivindicação de direitos os proporcionava uma condição de vida melhor, incentivou as batalhas entre os poucos com capital e os muitos com poder de decisão dos representantes políticos (MARSHALL, 1967).

Já na sociedade brasileira, Carvalho (2002) apresenta que a conquista dos direitos se deu de forma diferenciada, tendo os direitos sociais um papel preponderante, enquanto os direitos civis foram ignorados tanto pelo período de colonização, como pela herança ditatorial, e a negação desses direitos civis impactaram diretamente nos direitos políticos, pela alternância entre regimes democráticos e ditatoriais.

Carvalho afirma ainda que os direitos sociais no Brasil, podem não ser vistos como 'conquistas', mas como concessões feitas pelos governos no intuito de evitar a manutenção de crises políticas (CARVALHO, 2002).

Percebe-se que o país tem uma grande população, mas a parcela que exerce sua cidadania na busca da efetivação dos seus direitos é pequena, sendo assim, essas concessões atuariam como uma forma de apaziguar o restante da população nos momentos de crise (BACHETTI, 2014).

Porém as mudanças só vieram através de pressão popular, como exemplo, temos a Reforma Sanitária iniciada na década de 70, que a partir desta pressão da sociedade civil, influenciou a Constituição de 1988 e possibilitou a criação do SUS, sendo um exemplo da cidadania sendo posta em prática (PAIM, 2007).

Desta forma, acredita-se que:

[...] participar no sentido de proferir opinião, não significa ser cidadão, pois nesse caso a cidadania não está sendo plenamente exercida. Para realmente ser considerado um cidadão de direitos, o sujeito deve participar ativamente das decisões da comunidade, da cidade, do Estado e do país, propondo soluções para os problemas em todos os âmbitos do convívio social (BACHETTI, 2014, p. 35).

O conceito de saúde apresentado no início deste capítulo, foi construído devido a este movimento, na 8ª Conferência Nacional de Saúde e fortemente influenciadora do direito social à saúde redigido na Constituição Federal de 1988 (PAIM, 2007).

Essa participação cidadã garantiu o direito à saúde de forma ampliada, não mais apenas como recuperação da força de trabalho, mas como direito de todos e de cada um, possibilitando a instalação de um SUS democrático e descentralizado, dividindo e articulando responsabilidades nas diferentes esferas do governo (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

O modelo de governo brasileiro, incluindo as organizações públicas de saúde, até a década de 70, baseava-se em ações centralizadas e verticais. Apesar da descentralização e intersectorialidade não serem temas novos na literatura, eles são novos como prática, tendo suas primeiras discussões de implantação no Brasil a partir da década de 80 (JUNQUEIRA, 2004; GUIMARÃES, 2002).

A intersectorialidade como nova forma de gestão busca a eliminação de burocracia e um contato maior com a população, procurando garantir uma maior eficácia nas ações. A descentralização no âmbito social tem como principal característica a participação social no apoio as tomadas de decisão, compartilhando assim responsabilidades com o Estado. Já no âmbito político, ela propicia a distribuição de poder para níveis periféricos de governança (GUIMARÃES, 2002).

A distribuição de poder entre setores da estrutura política garante autonomia a gestão, sendo contrária ao poder centralizado, dando mais eficácia e acolhendo melhor as demandas sociais (JUNQUEIRA, 2004).

Essa estratégia, aplicada ao campo da saúde, não é certeza de gestão bem sucedida, como aponta Bachetti (2014, p. 68):

Não podemos deixar de salientar que esse processo de descentralização não garante por si só que a gestão seja eficaz em todos os municípios igualmente. Cada município possui condições distintas de recursos, sociedade, financiamentos e etc., não possuindo assim as mesmas condições para atender às necessidades de saúde da população de forma igualitária.

Assim, apesar de ser uma nova forma de gestão, de transferir o poder decisório para os municípios, na inter relação entre secretarias e possibilitando a participação popular, sabe-se que o Brasil, por ser um país de dimensões continentais, trás consigo diferenças de diversas naturezas, como econômicas, culturais, sociais, que impactam diretamente no sucesso ou insucesso da aplicação de novas estratégias de gestão.

Outro ponto a se refletir dentro deste panorama, é o da influência da iniciativa privada dentro de cada município, dentro de cada estado e inclusive, na esfera federal.

A partir da destituição do último governo eleito por voto popular, em 2016¹⁴, nota-se a retomada do projeto neoliberal a todo vapor, com o apoio midiático para o convencimento

¹⁴ O governo da então presidente Dilma Rousseff foi abreviado por um suposto porém julgado 'crime de responsabilidade' pelas estruturas formais do Estado Brasileiro, em um episódio ocorrido logo após um racha na base de apoio do Partido dos Trabalhadores. Com a saída do Partido do Movimento Democrático Brasileiro da base petista, os grupos contrários a gestão da presidente à época conseguiram uma aliança com força necessária para levar a frente o que está sendo classificado por cientistas políticos de 'golpe parlamentar'. Notícia:

popular da 'necessidade' da privatização do sistema carcerário, da privatização do sistema educacional, da reforma da previdência para forçar a migração para a previdência privada, e no âmbito da saúde, o desmonte do SUS para o benefício das empresas administradoras de planos de saúde.

O processo de descentralização, prevê a articulação de forças sociais, incluindo aí a iniciativa privada, porém, não pode-se permitir o privilégio de nenhuma dessas partes em detrimento de outras (JUNQUEIRA, 2004).

A mudança dessa situação de prevalência dos interesses privados sobre os coletivos, só se dará a partir do exercício de construção da cidadania, quando os beneficiários das políticas sociais tomarem consciência dos seus direitos e tornarem-se protagonistas neste processo. Assim, cidadania é equivalente a aprendizado, enquanto os indivíduos se relacionam e percebem a validade dos seus saberes e experiências, sendo efetivada através da contrariedade a sujeição e favoráveis a liberdade (JUNQUEIRA, 1997).

Assim a descentralização só ocorre efetivamente com a participação popular, e como ferramenta neste processo, alia-se a intersetorialidade, que busca a resolução de problemas sociais, através da integração do *'know-how'* de diversos setores. Deste modo, pode-se definir a intersetorialidade também como:

[...] a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social. É uma nova lógica para a gestão da cidade, buscando superar a fragmentação das políticas, considerando o cidadão na sua totalidade. Isso passa pelas relações homem/natureza, homem/homem que determinam a construção social da cidade. Nessa perspectiva, é interessante ressaltar que a intersetorialidade não é um conceito que engloba apenas as dimensões das políticas sociais, mas também a sua interface com outras dimensões da cidade, como sua infraestrutura, ambiente, que também determinam a sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais (JUNQUEIRA, 1997, pg. 37).

Assim, consegue-se pensar na saúde, não apenas como responsabilidade do indivíduo, mas como um direito do cidadão e dever do Estado. Este direito se relaciona com outras secretarias além da Saúde, tem responsabilidades de outras esferas de governança, existem conselhos e eventos onde é possível a participação social. No âmbito local, a infraestrutura e ambiente também se relacionam com este direito, e além disso, a saúde é multifatorial, alia-se a conceitos mais recentes de inter relações com diversos campos de conhecimento.

E a intersetorialidade é um ponto chave dentro deste emaranhado de instâncias, pois possibilita o trabalho integrado de diversas políticas sociais. Assim “a descentralização e a intersetorialidade inovam a gestão da cidade, transferem o poder aos que utilizam os serviços prestados e integram a gestão das Políticas Públicas” (JUNQUEIRA, 1997, p. 43).

As ações passam a focar na resolução de problemas e não mais no setor a ser atendido, porém não é porque algum processo é articulado que ele é necessariamente intersetorial, afinal existem articulações que não estão dentro desta lógica, pois a troca de saberes deve se dar desde o planejamento até a avaliação das ações.

Farah (2000) aponta 3 modelos relacionais de articulação, sendo a primeira a articulação intergovernamental vertical (que ocorre entre as instâncias federal, estadual e municipal), a segunda é a articulação horizontal (que ocorre entre as instituições públicas de uma mesma instância) e por fim a articulação intersetorial (que indica a constituição de um processo de elaboração e implementação de Políticas Públicas descentralizado).

Pode-se verificar que a intersetorialidade não é apenas uma 'troca de favores' entre diversos setores ou esferas, mas troca de experiência dentro de um processo consolidado de elaboração e implementação das políticas. Considera-se atualmente intersetoriais, políticas que estão no nível de articulações horizontais, perdendo assim o potencial da efetivação intersetorial propriamente dita. Assim, a perspectiva descentralizadora e intersetorial apresenta características mais democráticas e capazes de darem a população uma gestão mais participativa (BACHETTI, 2014).

Como citado anteriormente, o SUS é uma Política de Estado, sendo necessária a sua continuidade, independente do representante que assumir o controle do Estado, e como Política, faz-se necessário um aprofundamento neste campo do conhecimento.

As Políticas Públicas são caracterizadas como Políticas Sociais quando tendem a tratar de uma questão particular da sociedade, como a educação, saúde, transporte, esporte, lazer, etc (HEIDEMANN, 2009).

Assim sendo, as Políticas Públicas podem ser conceituadas, segundo alguns autores, como as resultantes das ações tomadas por alguma autoridade do Poder Público com legitimidade governamental (MENY; THOENIG, 1992). Estas ações governamentais têm reflexos diretos e indiretos na sociedade ou em partes da mesma (CARVALHO, 2005). Para tanto, estas atividades políticas dependem da dinâmica da realidade, construída entre distintos atores sociais, dentro de uma determinada conjuntura, correlações de forças e interesses em jogo (MULLER; SUREL, 1998).

As Políticas Públicas surgiram através do ganho de poder e consequente ampliação da participação estatal na iniciativa privada, através das empresas estatais, logo após o período do liberalismo e Estado mínimo, incentivadas pelo mito do progresso¹⁵ (HEIDEMANN; SALM, 2010).

Só através de questões socialmente problematizadas é que surgem PP's para determinado setor, ou seja, o Estado só reconhece a necessidade/problema através de determinada representação social, partindo daí o estímulo a 'suprir' estes anseios (SOUSA; ANTUNES, 2008).

Enquanto na língua portuguesa temos apenas uma palavra para definir política, na língua inglesa temos três: *polity*, *politics* e *policy*, sendo a primeira ligada ao sistema político (instituições e regras), a segunda ligada ao processo de conflito de ideias (jogo de persuasão e interesses), e a terceira refere-se àquilo que se concretiza e chega efetivamente à população (FREY, 2000).

Tripla também foi a forma como as PP's foram estudadas na história. Segundo Celina Souza (2006) a primeira forma é uma sequência da tradição de Madison, céptico da natureza humana, que focava essencialmente ao estudo de instituições, pois elas poderiam limitar a tirania e paixões da natureza humana. O segundo caminho veio da tradição de Paine e Tocqueville, que acreditavam que nas organizações locais haveria a virtude cívica na promoção do 'bom' governo. E o terceiro caminho foi o da análise das PP's como parte da ciência política, na busca pela compreensão de como e por que certos governos optam por certas ações (SOUZA, 2006).

Seja qual for o caminho, podemos inferir que a PP é um campo de conhecimento que busca colocar o governo em ação e/ou analisar essas ações e, quando necessário, propor mudanças nessas decisões (SOUZA, 2006).

Contudo, a situação encontrada nas democracias pluralistas modernas é que o povo não decide os problemas por si só, e estes problemas moldam seu destino e podem decidir suas vidas. Deste modo, os problemas são levantados e decididos por outros para ele. Sendo assim, o Estado consegue um poder próprio, pois ele toma as decisões econômicas e sociais. Ao povo, tido como eleitorado, cabe decidir quais serão os líderes (políticos) que terão este poder de tomada de decisões (CARNOY, 1990).

¹⁵ Nas primeiras décadas do século 20, o mito do progresso ganhou força, disseminando as teses de que o curso da história é unilinear, os eventos sequenciais nesta cadeia linear são sempre necessários e não poderiam ser diferente do que são, que cada novo evento é uma melhoria da situação anterior e qualquer regressão é apenas aparente, sendo necessária para um progresso ainda maior (HEIDEMANN; SALM, 2010).

Outros conceitos complementares de PP: a soma de todas as atividades governamentais que influenciam a vida dos cidadãos (PETERS, 1996), e indo mais além, as PP's são aquilo que o governo decide fazer ou não fazer, até a não ação é uma decisão política (DYE, 1984).

Há assim, a necessidade de participação política, trazendo o povo para criação de pressão social para a formulação e execução das PP's que buscam a garantia dos Direitos Sociais (CARVALHO, 2002).

Diante do exposto, vê-se que não há uma única definição do que seja PP, porém as suas principais características seriam: a distinção entre o que o governo pretende fazer e o que realmente faz; envolve atores diversos com níveis diversos de decisão, mas é materializada através dos governos; abrange além das leis e regras; é intencional, tendo objetivos a serem alcançados; apresentam impactos a curto e longo prazo; e envolve processos para após sua decisão e proposição, sendo necessária a implementação, execução e avaliação (SOUZA, 2006).

A partir destes conceitos, faz-se necessária a construção de uma relação entre as AF/PC e saúde, configurando-se como base para a análise destas questões dentro das Políticas Públicas para a população idosa.

A discussão sobre o acesso a direitos via Políticas Públicas voltadas para a saúde, utilizando-se das AF/PC como meio, necessita de uma contextualização.

Encontramos uma relação histórica entre a educação física e a saúde, contaminada por uma visão cartesiana de ciência, a qual reduz os sujeitos a objeto de estudo, dicotomizando a relação entre corpo e mente, supervalorizando a mensuração quantitativa e comprovação de dados, objetivando o homem, retirando sua humanidade e o considerando um ser puramente biológico (KOYRÉ, 1992).

Outra contaminação na análise é feita sobre a visão do corpo belo como sinônimo de saudável. A reprodução subjetiva deste conceito na mídia incentiva a realização de práticas corporais, controle alimentar, consumo de produtos dietéticos e cirurgias plásticas, com única função estética, como se estética fosse sinônimo de juventude e saúde (FREITAS; BRASIL; SILVA, 2006).

Desta maneira, preterem-se diversos fatores relevantes ligados à saúde por uma motivação superficial. Tais fatores seriam: a relação com o outro; condição de vida digna; acesso ao conhecimento da cultura corporal; liberdade de escolha entre as práticas corporais; valorização das diferenças e não padronização de corpos e aparências (FREITAS; BRASIL; SILVA, 2006).

Diante deste quadro, vê-se que a mensagem transmitida e reproduzida hegemonicamente é de que não importa se a pessoa é realmente saudável, mas sim, que aparente ter saúde, dentro da imagem idealizada disseminada pelo mercado. Portanto, é preciso pensar na saúde de fato e como direito, não como um produto vendido por uma forte indústria (FREITAS; BRASIL; SILVA, 2006). Em relação ao grupo idoso, por não ter tradicionalmente a 'aparência' que o mercado deseja, pode acabar sendo deixado de lado ou pressionado a viver em estado de 'eterna juventude'.

Outra problemática encontrada também no Brasil, é uma jornada laboral excessiva, muitas vezes exercida em condições ergonômicas inadequadas, baixa remuneração, fazendo com que os direitos sociais corram o risco de evanescerem-se.

Assim, ao centrar no indivíduo a responsabilidade por realizar ou não as práticas corporais, exime-se a responsabilidade do empenho social na construção de Políticas Públicas para a resolução desta questão, criando uma atmosfera de culpabilização entre aqueles que não praticam exercícios dentro dos parâmetros ditos 'saudáveis' pelos especialistas (NOGUEIRA; PALMA, 2003).

Internacionalmente, houve um movimento pela promoção da saúde originado no Canadá, em 1974, no Relatório Lalonde ¹⁶, desenvolvido pelo ministro da Saúde daquele país à época, com o conceito de 'adicionar não só anos à vida, mas vida aos anos'. Os quatro pontos fundamentais deste relatório são: a biologia humana; o sistema de organização dos serviços; o ambiente (social, psicológico e físico) e o estilo de vida (riscos ocupacionais, padrões de consumo, atividades de lazer).

Posteriormente, a Carta de Ottawa¹⁷ surgiu como o documento internacional mais importante na referência à promoção de Saúde, também com quatro pontos: integração da saúde como parte de Políticas Públicas; participação comunitária na gestão do sistema de saúde; reorientação dos sistemas de saúde já existentes e mudanças nos estilos de vida. Apesar de estas orientações serem consideradas avançadas para a época, ainda focam as

¹⁶ O relatório Lalonde, produzido em 1974, sob o nome de *A new perspective on the health of Canadians* (Uma nova perspectiva da saúde dos canadenses) é considerado o 'primeiro relatório governamental moderno no mundo ocidental a reconhecer que a ênfase em assistência médica sob um ponto de vista biomédico é errado, e que é necessário olhar além do sistema tradicional de saúde (tratamento dos doentes) se o objetivo é melhorar a saúde do público.' (LEMCO, 1994)

¹⁷ A Carta de Ottawa é um documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, contemporâneo aos movimentos pelo direito a saúde, ocorridos no Brasil.

intervenções nas mudanças de comportamento individual e pouco na estratégia política populacional (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2000).

Já no Brasil, essa tendência internacional influenciou movimentos sociais que levou a criação do SUS em 1988 através da Constituição Federal e regulamentado em 1990, inspirado no *National Health Service* (NHS) do Reino Unido. Sendo considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, foi instituído com a intenção de efetivar o direito constitucional à saúde e está regulado pela Lei nº 8.080/1990, operacionalizando o atendimento público da Saúde.

Os recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios financiam o programa, de acordo com o artigo 195 da constituição.

O SUS é composto de Centros e Unidades Básicas de Saúde (UBS), de hospitais públicos (inclusive os universitários, laboratórios e hemocentros), de serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, fundações e institutos de pesquisa acadêmica e científica (FIOCRUZ¹⁸ e Instituto Vital Brazil¹⁹).

Esta construção contínua do SUS, porém, se dá de forma complexa, devido à extensão do território brasileiro e destacam-se suas desigualdades regionais e particularidades culturais, além de sua história de desenvolvimento econômico desigual.

Muitas falhas no cumprimento das diretrizes são resolvidas com o aparelhamento jurídico/político de instituições de saúde, participação da população em fóruns coletivos específicos (conselhos de saúde, conferências de saúde, etc.), parcerias com indústrias de alimentos, fármacos, entre outras, além da extensão das políticas de promoção da saúde (intersetorialidade) aos demais setores governamentais.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) proporcionou a institucionalização da promoção da saúde, no âmbito do SUS. Esta política surgiu devido à atuação de diversos indivíduos, seja no auxílio de acúmulo conceitual, seja pela práxis cotidiana (MALTA et al., 2009).

A ampliação do conceito de saúde propiciou o incentivo das AF/PC como elementos importantes na proteção da saúde.

¹⁸ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) é uma instituição de nível federal vinculada ao Ministério da Saúde localizada na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.

¹⁹ O Instituto Vital Brazil é um dos laboratórios oficiais existentes no Brasil. Atende a todo o setor público, com a produção de soros e medicamentos de uso humano. Realiza estudos e pesquisas no campo farmacêutico, biológico, econômico e social.

Nota-se que para a ampliação do acesso a saúde pública, é necessária a organização estratégica também dos espaços coletivos, garantindo a equidade e proporcionando autonomia para os sujeitos e comunidades (MALTA et al., 2009).

A PNPS, aprovada em 2006, aponta o modo de viver como produto e produtor de alterações multifatoriais (econômicas, políticas, sociais, culturais, etc.), que alteram a vida em sociedade em uma dinâmica acelerada, como nunca antes na história (MALTA et al., 2009).

O modo de viver influencia-se pela concepção de vida, crenças, valores e conhecimentos, dando aos indivíduos, principalmente aos idosos, uma possibilidade de significação da própria vida. O conceito de terceira idade, atrelado ao modo de viver, possibilita o afastamento de certas características que eram dadas aos idosos, como improdutivo, obsoleto e solitário, sendo assim, o planejamento das ações de saúde deve prever o oferecimento de novos modos de viver e a compreensão do atual modo de viver do indivíduo idoso (HAMMERSCHMIDT; ZAGONEL; LENARDT, 2007).

O planejamento de ações de saúde, dentro do PNPS, coloca a AF/PC como um dos eixos prioritários, a partir de sua criação em 2006, até 2011, ano que foi criado o Programa Academia da Saúde, esta Política Pública nacional será melhor explicada no próximo capítulo. O documento ainda aponta "a indução de AF/PC como reconhecido fator de proteção contra os riscos que ameaçam a saúde" (MALTA et al., 2009, p. 81).

E o fenômeno da responsabilização individual no tratamento da escolha do indivíduo, em colocar as AF/PC como elemento pertencente a sua rotina, não deve ser tido como aceitável, visto que as Políticas Públicas deveriam oferecer opções dentro dos espaços urbanos, pois "o julgamento e a responsabilização individual pelo adoecimento, como se a todos fosse dada a possibilidade de escolha entre adoecer ou não, entre possuir esse ou aquele modo de vida, [...] não nos parece a [análise] mais adequada ou fiel à realidade." (PASCHE; HENNINGTON, 2006, p. 20).

Um inquérito telefônico desenvolvido pela VIGITEL (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico)²⁰ indicou, para o ano de 2006, a frequência de 29,2% de indivíduos adultos sedentários, nas 27 cidades estudadas, sendo apenas 14,9%, os indivíduos que praticavam atividade física suficiente no lazer dentro do mesmo conjunto populacional (MALTA et al, 2009). Já os dados da pesquisa Vigitel 2013,

²⁰ O sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) faz parte das ações do Ministério da Saúde para estruturar a vigilância de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no país.

apontam um aumento neste número, sendo 33,8% da população praticando atividade física, um crescimento de 12,6%. Dos ativos, 18,97% fazem musculação e 14,87% jogam futebol.²¹

É apontado por Malta et al (2009) que indivíduos que tiveram experiências ruins, oferecimento deficitário nas aulas de educação física escolar, carência de iniciação esportiva, rotina de trabalho extenuante, reduzindo as possibilidades de lazer, e falta de oferecimento de opções públicas, ou impossibilidade financeira de acesso as instituições privadas que oferecem AF/PC, acabam ficando de lado, na utilização deste reconhecido fator de proteção a saúde.

A PNPS vem refletir sobre a promoção de saúde, intersectorialidade como forma de gestão que possibilite um oferecimento aperfeiçoado e ampliado de serviços públicos e de modos de viver saudáveis. O documento prevê diálogos interministeriais e internacionais, além de cooperação técnica/financeira com os Estados e Municípios (MALTA et al., 2009).

O documento ainda prevê como estratégia de atuação, a criação de um Comitê Intersetorial, para a implantação de AF/PC e alimentação saudável, unindo para a proposição de soluções, setores do governo (saúde, educação, esporte, agricultura, desenvolvimento agrário, etc.), a sociedade civil, Organizações Não-Governamentais (ONG's), associações de profissionais, conselhos, setor privado e instituições de ensino e pesquisa (MALTA et al., 2009).

A partir de diversos eventos, campanhas e repasses financeiros esperam-se ampliar e divulgar as AF/PC para a população de forma contínua e sistemática, com avaliação constante destes programas, na produção de evidências da efetividade das estratégias de promoção da saúde (MALTA et al., 2009).

Esta produção de evidências pode não só estimular a adesão dos indivíduos aos programas, como também influenciar os tomadores de decisão no oferecimento e ampliação de Políticas Públicas com AF/PC (MALTA et al., 2009).

Nota-se que apesar da qualidade empregada na criação da Constituição de 1988 que prevê diversos direitos sociais de vanguarda mundial, não conseguiu-se prover para a população, a qualidade e quantidade no oferecimento de acesso a esses direitos (PAIM, 2013).

²¹ Notícia "Ministério da Saúde: Brasileiro se exercita mais e troca futebol por musculação", disponível em <http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/ministerio-da-saude-brasileiro-se-exercita-mais-troca-futebol-por-musculacao-14344275#ixzz4CQwWv6mB>, acesso em 23/06/2016.

Esta escassez de projetos de promoção de AF/PC pode acabar acarretando um fenômeno chamado de judicialização²² da saúde. Esta situação cria um crescimento nas demandas de gestão, ao precisarem responder ordens judiciais e criarem estratégias na contenção de novas demandas, levando em consideração os princípios e diretrizes do SUS (PEPE et al, 2010).

Essa busca do judiciário é utilizada por parte da população ciente dos seus direitos, que apela para essa última alternativa. Essas ações são o resultado de um sistema de saúde que não consegue efetivar a proteção deste direito à saúde para todos.

Entretanto, o crescimento da judicialização acaba trazendo uma nova problemática para gestores e juristas, pois, se não houver um controle, esta expansão pode desequilibrar ainda mais o orçamento e prejudicar as Políticas Públicas que já estão estabelecidas. As ações coletivas precisam ser privilegiadas sobre as ações individuais, atendimento aos regramentos do SUS, incentivo a interdisciplinaridade, razoabilidade nas decisões judiciais e atualização do RENAME (SILVA, 2013).

É necessária a criação de um SUS realmente único, e não com 'duas portas'²³: uma para aqueles cientes de direitos e com condições de buscar o Judiciário para sanar suas questões individuais, e outra, para o resto da população que tem um acesso limitado, que fica ainda mais prejudicado pelo desequilíbrio orçamentário causado pela judicialização.

²² Judicialização é um termo que remonta a busca da efetivação de prerrogativas presentes na Constituição de cada Estado de Direito, levando a procura do Judiciário pela população para que o Poder Executivo seja compelido, através de uma demanda judicial, a implementar Políticas Públicas deficitárias (SILVA, 2013).

²³ Notícia "Judicialização da saúde tem criado SUS de duas portas", disponível em <http://www.conjur.com.br/2014-jun-22/judicializacao-saude-criado-sus-duas-portas>, acesso em 17/08/2015.

4 - POLÍTICA ESCOLHIDA PARA A ANÁLISE

É apresentada a Política Pública escolhida como lócus de análise, sua origem, como se organiza atualmente, como foi modelo de inspiração para um projeto federal de promoção de saúde e algumas considerações após um primeiro contato com o campo.

Porém antes, é apresentado um mapeamento, tomando como ponto de partida um trabalho anterior produzido pelo INSIEMÈ (NASCIMENTO et al, 2014), denominado Práticas Corporais perspectivadas na Saúde Pública: Investigações sobre ações conjuntas na gestão da Prefeitura de Vitória – ES, nas quais foram identificadas Políticas Públicas com práticas corporais no município de Vitória, e a partir deste mapeamento, delimitamos uma Política Pública para análise a partir da inserção em campo:

Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS:

Serviço de Orientação ao Exercício - SOE

Academia Popular da Pessoa Idosa - APPI

Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos - CPTT

Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

Centro de Referência e Atendimento ao Idoso -CRAI

Secretaria Municipal de Esporte e Lazer - SEMESP:

Academias Populares

Escolhinhas de Esporte

Esportes para Idosos (Vida Ativa na terceira idade)

Tancredão (Equipamento multifuncional)

Secretaria Municipal de Educação - SEME:

Educação em Tempo Integral (Brincarte)

Programa Escola Aberta

Jogos escolares do Município de Vitória (JEMUI)

Secretaria Municipal de Ação Social - SEMAS:

Centro de Convivência para Idosos

Grupos para a terceira idade

Núcleo de Integração Social para pessoas Idosas - NISPI

Como dito anteriormente, o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) não é uma política pensada exclusivamente para a população idosa. Mas a partir da observação em campo e de diálogos com a gestão e profissionais que atuam nos módulos, percebeu-se e relatou-se grande alcance e alto percentual de participação desta população, assim sendo, suas atividades deveriam levar em consideração as particularidades específicas dos idosos. Após diálogos iniciais, análise do *site* da prefeitura de Vitória, e entrada em campo, foram levantados alguns dados e impressões sobre a Política Pública referida, sendo apresentadas essas informações na sequência.

O Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) teve seu início através de uma lei e decreto municipais de 1985 (Lei 3267/85 e Decreto 7092/85 - Prefeitura Municipal de Vitória - PMV), que instituiu o Serviço de Orientação da Fisiologia do Exercício, ditando o lócus de atuação inicial (que seriam as 'Zonas Balneares de Lazer' que compreendiam as praias de Camburi, Enseada do Frade e Enseada do Suá).

Nos documentos citados no parágrafo anterior, também constaram quais seriam os profissionais envolvidos (Professor 'B' de Educação Física, nível 10, contratados através de Consolidação das Leis do Trabalho - CLT) e criando o cargo de Chefe do Serviço de Orientação da Fisiologia do Exercício, responsável por supervisionar as atividades do projeto, que no início era apenas ginástica nos turnos matutino, vespertino e noturno.

O SOE, com o nome como é conhecido hoje, foi implantado em 1990, após um estudo piloto do perfil de práticas de atividades físicas na Praia de Camburi, onde foi construído o primeiro módulo (VIEIRA, 2016).

Atualmente o SOE afirma oficialmente oferecer um número expressivo de AF/PC e sua abrangência pelo território municipal é mais equitativa se comparada ao seu início que se concentrou somente nas praias de áreas nobres de Vitória.

No site da Prefeitura Municipal de Vitória - PMV são ditos como objetivos do SOE: orientar e incentivar a prática regular e correta dos exercícios; combater o sedentarismo e auxiliar na prevenção e tratamento de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis.²⁴

É apresentado no quadro a seguir, quais são as localidades e atividades oferecidas atualmente pelo SOE:

| Nome do Módulo | Logradouro | Modalidades |
|-------------------------------------|--|---|
| Módulo Soe - Parque Chácara Paraíso | Rua Guilherme Ayres Barro Vermelho | Alongamento: segunda, quarta e sexta à 7h. |

²⁴ <http://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/no-soe-populacao-tem-orientacao-gratuita-para-exercicios-fisicos>, acesso em 17/08/2015.

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| Módulo Soe - Horto de Maruípe | Avenida Maruípe Da Penha | Alongamento: segunda e quarta às 7h10 e terças e quintas às 19h Ginástica: terça e quinta às 7h10 e segunda, quarta e sexta às 19h Yoga: segunda e quarta às 7h45 e sexta às 7h10 |
| Módulo Soe - Bairro de Lourdes | Rua Professora Zilda Andrade De Lourdes | Aeróbica: sexta às 18h40 Alongamento: segunda, quarta e sexta às 7h15 e às 19h30 Ginástica: terça e quinta às 7h10 e segunda e quarta às 18h40 Yoga: terça e quinta às 18h40 |
| Módulo Soe - Praça dos Desejos | Avenida Américo Buaiz Enseada do Suá | Alongamento: terça e quinta às 18h20 Capoeira: segunda e quarta às 19h10 Ginástica: segunda, quarta e sexta às 18h20 e terça e quinta às 7h Hidrogenástica: segunda, quarta e sexta às 7h10 |
| Módulo Soe - Beira Mar | Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes Forte São João | Alongamento: terça e quinta às 19h10 Ginástica: segunda, quarta e sexta às 7h10 e terça e quinta às 19h Yoga: segunda e quarta às 18h30 |
| Módulo Soe - Jardim Camburi | Avenida Dante Michelini Jardim Camburi | Abdominal: terça e quinta às 19h40 Alongamento: terça e quinta às 6h30, 7h30 e 19h Circuito: quarta às 6h30 e sexta às 7h30 Ginástica: segunda às 6h30, 7h30 e 19h, quarta às 7h30 e 19h e sexta às 6h30 e 19h. |
| Módulo Soe - Praia de Camburi | Avenida Dante Michelini Jardim da Penha | Alongamento: seg/qua 18h50 Alongamento/abdominal: seg/sex 7h Caminhada: seg/qua 8h Capoeira: ter/qui 19h30 Circuito: qua 7h sex 19h Ginástica: ter/qui 7h e 19h Hidrogenástica: seg/qua/sex 7h Vôlei: seg 7h qua/sex 8h Yoga: ter/qui 8h |

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| Módulo Soe - Goiabeiras | Avenida Professor Fernando Duarte Rabelo Maria Ortiz | Alongamento: terça às 7h15 e quinta às 7h Alongamento e caminhada: sex 19h Ginástica: segunda e quarta às 7h e às 19 h Yoga: sex 7h e terça e quinta 18h45 |
| Módulo Soe - Prainha de Sto Antônio | Avenida Dário Lourenço de Souza Mário Cypreste | Alongamento: terça e quinta às 7h10 e quinta às 19h Caminhada: terça às 19h Ginástica: segunda, quarta e sexta às 7h10 e 19h Yoga: segunda às 8h10 |
| Módulo Soe - Tancredão | Rua Rosilda Falcão dos Anjos Mário Cypreste | Hidroginástica: terça e quinta às 7h e 19h10 Ginástica: segunda, quarta e sexta às 7h e às 19h |
| Módulo Soe - Pedra da Cebola | Rua João Baptista Celestino Mata da Praia | Alongamento: terça e quinta às 7h e 19h10 Ginástica: segunda, quarta e sexta às 7h e 19h Yoga: segunda e sexta às 8h e terça e quinta às 18h |
| Módulo Soe - Ilha de Monte Belo | Rua João Vieira Monte Belo | Alongamento: sexta às 7h Ginástica: terça e quinta às 7h |
| Módulo Soe - Parque Moscoso | Avenida Cleto Nunes Parque Moscoso | Alongamento: segunda, quarta e sexta às 7h e segunda e quarta às 18h Circuito: segunda a sexta às 19h Ginástica: terça e quinta às 7h e terça, quinta e sexta às 18h Yoga: quinta às 8h |
| Módulo Soe - Barreiros | Rodovia Serafim Derenzi Santa Martha | Alongamento: terça e quinta às 7h10 Ginástica: segunda, quarta e sexta às 7h Ginástica localizada: segunda, quarta e sexta às 19h |
| Módulo Soe - Baia Noroeste | Rua da Coragem Santo André | Alongamento: terça às 7h e quinta às 7h e 18h, e terça e quinta às 9h na Unidade de Saúde de São Pedro V Circuito: sexta às 18h Circuito funcional: segunda, quarta e sexta às 7h Ginástica: terça às 18h |

| | | |
|--------------------------|--|--|
| Módulo Soe - São Pedro I | Praça Dom João Batista São Pedro | Alongamento: terça e quinta às 6h30 e 18h10 Abdominal: segunda, quarta e sexta às 18h10 Circuito: segunda às 7h30 e 17h30 e terça e sexta às 17h30 Ginástica: segunda, quarta e sexta às 6h30 |
|--------------------------|--|--|

Quadro 01 – Módulos do SOE (Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Vitória).²⁵

Além dos 16 módulos fixos oficiais há uma unidade denominada 'SOE Móvel'. Essa unidade móvel atualmente vem atuando no período matutino em Consolação - Jaburu, funcionando junto ao Centro de Referência da Assistência Social - CRAS, em uma parceria entre as Secretarias de Assistência Social - SEMAS, e de Saúde - SEMUS (VIEIRA, 2016).

O gestor do SOE afirmou que estava previsto o atendimento por 3 meses, mas a aderência foi alta e como existe carência de equipamentos, programas e projetos voltados para o desenvolvimento de AF/PC neste território, o atendimento vem sendo continuado. Afirmou ainda que esta ação específica tem uma rotatividade de cerca de 35 alunos, e mais de 60 cadastrados, sendo avaliada a possibilidade de parceria junto a Secretaria de Esportes - SEMESP, para ampliar o atendimento para o período noturno. (GESTOR, 2016)

Dentro da organização interna da SEMUS o SOE se vincula horizontalmente aos setores de: Alimentação Saudável; Desenvolvimento Sustentável e; Tabaco, Álcool e outras Drogas. Verticalmente ele se vincula a 'Promoção da Saúde' (VIEIRA, 2016).

Já sua estrutura física é de módulos feitos de alvenaria, sem um modelo padrão, aproximadamente com 16m², sendo a área externa variável, algumas cobertas, outras não, geralmente próxima a algum equipamento de lazer urbano (parque, calçadão ou praça) (BECCALLI, 2012).

A organização de recursos humanos do SOE tem um ponto a destacar: apesar da lei e decreto do SOE informarem o tipo de profissional a ser contratado para o projeto, os primeiros professores do SOE foram professores de Educação Física da SEME (Secretaria Municipal da Educação) em regime de 25h semanais, em uma relação de oferecimento de pessoal para a SEMUS.

Em 2006, a Lei Municipal 6753/06 criou o cargo de Técnico Esportivo, havendo concursos em 2007 e 2011 para provimento destas vagas. Atualmente existem 61 profissionais de EF: 18 Professores de EF (25h); 31 Técnicos esportivos (30h); 10 Técnicos

²⁵ <http://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/orientacao-ao-exercicios>, acesso em 09/01/2017.

esportivos (40h) e 2 Técnicos esportivos (25h em regime de DT - designação temporária) (VIEIRA, 2016).

As características dos usuários do SOE, obtidos através da observação e perguntas ao coordenador, professores e alunos, demonstrou um perfil majoritariamente de pessoas idosas, do sexo feminino e de classe socioeconômica média pra alta (GESTOR, 2016). Os perfis só se modificam em algumas atividades como a capoeira e nas parcerias com a SEMESP (Secretaria Municipal de Esportes e Lazer), nas academias de musculação.

No seu início, a única atividade oferecida, citada anteriormente, era a ginástica, hoje existem diversas opções de AF/PC para os usuários: Ginástica Aeróbica e Localizada; Alongamento; Hidroginástica; Yoga; Circuitos; Capoeira e Orientação a Caminhada/Corrida (VIEIRA, 2016).

Para a realização dessas atividades, são efetuados procedimentos de triagem e acompanhamento dos usuários, tanto nos módulos, como nas Unidades Básicas de Saúde - UBS. Estes procedimentos incluem: Avaliação (Física / Antropométrica / Composição Corporal); Estratificação de risco cardiovascular; Aferição de pressão arterial; Aferição e monitoramento de frequência cardíaca; Orientação e prescrição de exercício físico (VIEIRA, 2016).

Os resultados de avaliações pré e pós a intervenção de Políticas Públicas como o SOE, o PAC (Programa Academia da Cidade)²⁶ e o CuritibAtiva²⁷ apresentaram efeitos importantes nos participantes e nos territórios dos programas. Além do acréscimo do acesso as atividades de lazer, os estudos mostraram um aprimoramento na utilização dos espaços urbanos.

Os resultados das avaliações foram positivos, levando o Ministério da Saúde, em âmbito federal, a instituir o Programa Academia da Saúde. Os pontos melhores avaliados pelos usuários foram a 'qualidade dos profissionais' e a 'qualidade das atividades', ficando com as piores avaliações a 'qualidade das estruturas' e a 'segurança do local' (KNUTH, 2010).

O pioneirismo e resultados dos programas mencionados ao final do tópico anterior (sendo o SOE o primeiro deles) levaram a inspiração de um novo programa relacionando o

²⁶ O programa executado em Aracaju-SE, havia atendido em 2009 mais de cinco mil pessoas, ampliando seus pólos de atuação entre regiões de menor renda da cidade. O programa tem como principal objetivo oferecer um espaço adequado para a população realizar atividade física orientada por um professor de Educação Física, buscando a melhoria de saúde e qualidade de vida (MENDONÇA; TOSCANO; OLIVEIRA, 2009).

²⁷ O programa existe em Curitiba-PR desde 1998 e é coordenado pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SMEL), utilizando-se de mensagens sobre os benefícios da AF, avaliações, distribuição de materiais educativos, eventos, jogos nas escolas e oferta de atividades físicas orientadas (HALLAL et al., 2009).

Ministério da Saúde com Secretarias de Saúde Municipais, através do programa Academia da Saúde.

O programa Academia da Saúde surgiu em 2011 e tem em seus pilares a Participação Social e a Intersetorialidade, tendo como base conceitual, o movimento de Promoção da Saúde internacional, a Constituição Federal de 1988 e as orientações do SUS de 1990 (PADILHA, 2016).

O SOE não precisou passar por todas as alterações estruturais que são pedidas as novas Academias da Saúde, conquistando esta vantagem por ser um dos projetos inspiradores, sendo assim o SOE é Academia da Saúde por critério de similaridade. Qualquer novo módulo precisaria ter uma estrutura mínima prevista no programa para ser considerado Academia da Saúde - AS (PADILHA, 2016).

O objetivo atual do programa é a Promoção da Saúde, a Produção de Cuidado (Grupos Específicos) e a divulgação de Modos de Vida Saudáveis. E seus princípios são: a Participação Popular e construção coletiva de saberes; a Interdisciplinaridade na produção de conhecimento e do cuidado (Integração multiprofissional - Professor de Educação Física, Profissional de Enfermagem, Nutrição, etc); Intersetorialidade; Intergeracionalidade; Integralidade do cuidado e Territorialidade (PADILHA, 2016).

Dentro de sugestões específicas, após uma inserção inicial e escuta inicial dos usuários, tem-se: no ponto de vista estrutural há a necessidade de cobertura em alguns módulos para dias de chuva (possibilidade de parceria com setor de obras?) e mais segurança pois diversos itens são furtados pela falta de um sistema de segurança adequado (possibilidade de parceria com setor de segurança pública?); Contratação de mais professores e estagiários pois há turnos com cerca de 50 alunos e apenas uma professora tendo que dar conta de atendimento, montagem de material e dar a aula efetivamente (possibilidade de nova parceria com SEME? Novos concursos?), Facilitar o trabalho de cadastro dos usuários instalando o sistema das UBS nos módulos (Rede Bem Estar) evitando assim o retrabalho de anotar em uma ficha de papel e depois ter que passar para a ficha virtual; e pensando de forma mais ampla (e mais custosa), aumentar a quantidade e localidades de módulos do projeto, para regiões mais carentes prioritariamente, afinal essas regiões tradicionalmente tem oportunidades mais escassas de acesso a saúde, esporte e lazer.

5 - ANÁLISE DOCUMENTAL

No capítulo atual é apresentado o resultado da análise documental, em uma busca por 'como deveria ser' nas Políticas Públicas, analisando principalmente temas como a intersectorialidade, idosos, saúde e lazer.

A análise documental foi realizada, tendo 3 documentos encontrados já em formato digital (Constituição Federal, Estatuto do Idoso e Lei Orgânica de Vitória) e 2 documentos escaneados que foram digitalizados para a realização da pesquisa por descritores no software *Adobe Reader*. Após a primeira fase de busca apenas pelas palavras 'puras', de forma direta e como se apresentam escritas, foi realizada uma segunda fase de busca por significados, onde os trechos encontrados deveriam ter uma relação de significado com a temática da pesquisa para serem selecionados. A realização deste processo gerou o seguinte quadro quantitativo, com os dois documentos que deram origem ao SOE sendo considerados como uma única fonte documental, por possuírem intenção similar e trechos redundantes:

| Análise Documental | Documentos | | | |
|---------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------|------------------------|
| Descritores | Constituição 88 | Estatuto Idoso | Lei Orgânica | Lei/Decreto SOE |
| Intersetorialidade | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Articulação | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Integração | 1 | 0 | 5 | 0 |
| Interdisciplinaridade | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Idoso | 1 | 18 | 2 | 0 |
| Educação Física | 0 | 0 | 2 | 1 |
| Prática Corporal | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Dança | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Arte Marcial | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Esporte / Desporto | 2 | 3 | 7 | 1 |
| Ginástica | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Jogo | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Saúde | 8 | 6 | 8 | 0 |
| Lazer | 2 | 2 | 9 | 5 |
| Atividade Física | 0 | 0 | 0 | 0 |

Quadro 02 – Descritores presentes nos documentos analisados (Fonte: Análise Documental do Pesquisador, 2016).

Percebe-se que o descritor 'intersectorialidade' não foi encontrado de forma direta (sendo necessária a interpretação semântica de trechos similares ao conceito em sentido) em nenhum dos documentos analisados. Uma possível justificativa para a ausência do termo exato, o período em que os documentos foram redigidos e por ser considerada no passado

como uma opção de gestão, mais discutida contemporaneamente e institucionalizada a partir da PNPS de 2006. A Constituição Federal é de 1988, a Lei Orgânica de Vitória é de 1990 e a Lei e Decreto do SOE são de 1985. O Estatuto do Idoso é de 2003, que apesar de não tão antigo, também não apresenta o termo diretamente analisado.

O movimento pela prática da intersetorialidade na gestão é uma ação recente, que busca o atendimento dos direitos dos indivíduos em sua totalidade, evitando a segregação das ações e falta de diálogo entre os setores da gestão pública, sendo assim, a Intersetorialidade é:

[...] a crença de que o âmbito das necessidades o homem precisa ser considerado na sua integralidade, mediante uma visão que busca superar a autonomização e a fragmentação, o que tem caracterizado a gestão das políticas sociais em seu novo direcionamento, para uma dimensão intersetorial. Essa é uma nova visão que se coloca para a saúde como direito do cidadão e dever do estado [...] (JUNQUEIRA, 1997, p.36).

Para a busca de indícios de partes dos documentos que pudessem orientar uma gestão pautada na integralidade das necessidades dos indivíduos, utilizou-se as palavras articulação, integração e interdisciplinaridade que possuíssem o mesmo sentido de intersetorialidade.

Foi encontrado apenas uma menção ao termo 'articulação' na Constituição de 88 e menções a 'integração' tanto na constituição como na Lei Orgânica.

Na constituição federal, esse trecho cita a articulação e integração de várias esferas do Poder Público, em diversos níveis de ensino, fazendo uma proposta de intersetorialidade em prol da educação: 'a lei estabelecerá o plano nacional de educação, de duração plurianual, visando à articulação e ao desenvolvimento do ensino em seus diversos níveis e à integração das ações do poder público' (BRASIL, 1988, art.214). Apesar deste fato, é citado no segundo parágrafo a criação de um 'plano nacional de juventude', fato que merece atenção, ao excluir os indivíduos idosos desse plano. A educação seria apenas um processo de formação de crianças e jovens?

No caso da Lei Orgânica de Vitória, nota-se que há uma intencionalidade no texto de promoção de parcerias intermunicipais, quando lemos no documento que: 'o Município de Vitória buscará a integração econômica, política, social e cultural das populações dos municípios vizinhos e dos que estejam sob a influência das bacias hidrográficas dos Rios Jucu e Santa Maria, que o abastecem' (VITÓRIA, 1990, artigo 3).

Integração de indivíduos desfavorecidos: ' combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos' (VITÓRIA, 1990, artigo 19).

Incentivo a intersectorialidade entre as políticas: 'complementaridade e integração de políticas, planos e programas setoriais' (VITÓRIA, 1990, artigo 151)., sendo articuladas entre diferentes pastas: 'o Poder Público Municipal apoiará e incentivará o esporte amador articulado à área da educação e cultura, bem como o lazer, como forma de integração social' (VITÓRIA, 1990, artigo 247)., e que atividades esportivas e de lazer devem ser oferecidas aos idosos, com o objetivo de realizar a 'integração social na terceira idade': 'O Município incentivará as atividades esportivas e de lazer especiais para o idoso, como forma de promoção e integração social na terceira idade' (VITÓRIA, 1990, artigo 251).

O trecho da Lei Orgânica que fala em integrar setores desfavorecidos (VITÓRIA, 1990, Art. 19), acaba conflitando com o documento de origem do SOE (VITÓRIA, Lei 3267/85, artigos 1 e 2): 'ficam instituídas na praias da zona urbana do Município de Vitória as Zonas Balneares de Lazer' e que 'constituem as Zonas Balneares de Lazer do Município de Vitória: A Praia de Camburi; A Praia do Aterro da Enseada do Frade; A Praia do Aterro da Enseada do Suá', que ao priorizar as praias de áreas nobres do município, acaba se encaixando no modelo de elite, proposto por Dye (2005).

Este modelo de elite visa essencialmente à formulação, legislação e regulamentação de políticas, focando mais nos benefícios das camadas privilegiadas economicamente. Pressupondo que a sociedade se divide entre poucos com poder e muitos que não tem, estes poucos que governam não representam tipicamente as massas que são governadas.

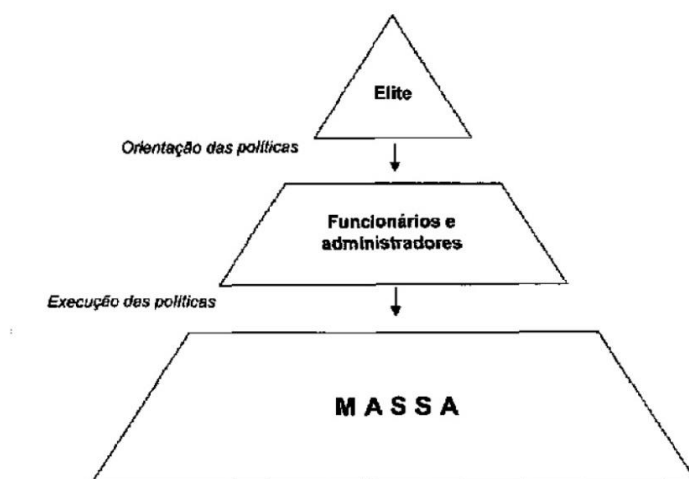


Figura 01 – Modelo da elite (HEIDEMANN, 2009, p.109)

Este modelo afirma ainda que para manter a estabilidade entre as camadas, são implantados alguns conceitos como 'meritocracia' e o consenso básico do sistema social para preservação do sistema, como o respeito à propriedade privada, a delimitação do governo e a

liberdade individual. Nesse modelo as Políticas Públicas refletem os valores da elite, desta forma, as 'mudanças' nas políticas e governos contribuem apenas para incrementar o que já está implantado (DYE, 2005).

O SOE, como dito anteriormente, é utilizado majoritariamente pela população idosa, então o incentivo às atividades esportivas e de lazer para integração social são oferecidas. Não se encontrou dados estatísticos de alcance do atendimento das políticas para a população idosa, para o cumprimento integral do direcionamento legal para o direito de todos e de cada um.

O descritor 'idoso', gerou uma (01) ocorrência na Constituição Federal, dezoito (18) no Estatuto do Idoso por razões claras, pois se trata de um documento que fala de direitos exclusivos desta população, e mais duas (02) ocorrências na Lei Orgânica de Vitória.

Apesar de não haver ocorrências na lei/decreto do SOE, observa-se, como já citado anteriormente, uma parcela de participação alta dessa população, assim sendo, relacionando-se com as ocorrências da Lei Orgânica, que dizem que deverá haver uma cooperação (Só orçamentária ou intersetorial?) entre esferas (União, Estado e Município) para fornecer serviços de atendimento à saúde dos 'idosos carentes' (VITÓRIA 1990, art.18) e atividades esportivas e de lazer para o idoso (VITÓRIA, 1990, art.251).

Acaba sendo um contrassenso oferecer essas atividades em zonas nobres da cidade, sendo uma possível causa a questão histórica dos direitos dos idosos serem vinculados ao direito do trabalhador, aquele que produziu capital, e não como uma questão social, do 'direito da pessoa envelhescente' (FALEIROS, 2008).

A Constituição, divide as funções de amparo às pessoas idosas, entre a 'família, a sociedade e o Estado' (BRASIL, 1988, art.230) muitas vezes, responsabilizando mais a família nesse processo, em uma expressão de Debert de 'reprivatização da velhice', deixando o Estado livre de responsabilidades a partir do momento em que a família assume na totalidade as obrigações com as pessoas idosas (FALEIROS, 2008).

Já entre as ocorrências com o descritor 'idoso' no Estatuto do Idoso, encontra-se a conceituação do mesmo, que é a pessoa com idade superior a 60 (sessenta) anos, além de reiterar os direitos que já são estabelecidos a todos e repartilhar a responsabilidade do Poder Público com a família, comunidade e sociedade, porém exigindo 'absoluta prioridade' ao cumprimento desses direitos (BRASIL, 2003, artigos 1, 2 e 3).

No seu artigo 4º (quarto) o Estatuto do Idoso cita que 'nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei'. Vale o

questionamento ao Poder Público se há o mesmo grau de investimento nas políticas de promoção da saúde, tanto nas áreas nobres, como nas regiões periféricas das cidades (BRASIL, 2003, art.4).

O Estatuto ainda cita os órgãos responsáveis por zelar pelo cumprimento dos direitos dos idosos, sendo: os Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso (BRASIL, 2003, art.7). A dignidade do idoso é tida como 'dever de todos zelar' (BRASIL, 2003, art.10).

A atenção integral à saúde do idoso, pelo SUS em ações de 'prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde', devem dar atenção especial às particularidades dos idosos, inclusive promovendo treinamento e capacitação dos profissionais que lidam com essa população (BRASIL, 2003, artigos 15 e 18).

É reiterado o direito a educação, cultura, esporte e lazer, porém respeitando 'sua peculiar condição de idade' (BRASIL, 2003, art.20), sendo que o Poder Público criará oportunidades de acesso ao idoso à educação: 'o Poder Público criará oportunidades de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados' (BRASIL, 2003, art.21), dentro deste último dado, pode-se relacionar a Educação Física como uma dessas formas de oportunidade.

Ainda prevê desconto aos idosos em eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, e seu acesso preferencial. Além de prever que a política de atendimento ao idoso será feita por um 'conjunto articulado de ações governamentais', um sentido similar a intersetorialidade (BRASIL, 2003, artigos 23 e 46).

O direito de ir e vir é dado de forma singular aos idosos, ao garantir-se a gratuidade nos sistemas de transportes aos maiores de 65 anos, possibilitando maior deslocamento e maior acesso aos serviços de saúde, lazer e trocas sociais (FALEIROS, 2008, p.14).

Dentro destes direitos dos idosos, o direito a envelhecer acaba sendo relevante na sociedade pós-contemporânea. Ao citar que “o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da Legislação vigente” (BRASIL, 2003, art.8), interpreta-se que aos idosos é esperado não somente um atendimento preferencial, mas também um atendimento específico, capacitação para os que lidam com este público, incentivo as relações e cuidados intergeracionais em detrimento das relações asilares, além de divulgação na mídia de informações educativas das questões biopsicossociais do envelhecimento (FALEIROS, 2008).

Tem-se na sequência, o descritor 'saúde' aparecendo com grande frequência nas legislações analisadas, tanto na Constituição, como no Estatuto e na Lei Orgânica. Apesar de

não aparecer no Decreto e Lei do SOE, o programa é vinculado diretamente à Secretaria de Saúde municipal. Mesmo com a lei apresentando uma igualdade formal a todos, é sabido que o acesso a saúde é desigual, dependendo além do sistema de saúde, de fatores como 'renda, moradia e condições sociais e ambientais' (FALEIROS, 2008, p. 13).

A OMS, mais recentemente, já pensa na promoção da saúde específica do idoso ao citar “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005), sendo necessário além dos investimentos financeiros nas Políticas Públicas e capacitação dos profissionais envolvidos, novas formas de pensar a gestão dessas políticas, saindo de visões fragmentadas e centralizadoras, para modelos intersetoriais de ação política.

Conforme Isayama e Gomes (2008), a velhice não pode ser generalizada como um período de ausência de saúde e afastamento do lazer, pois:

Quando a saúde é entendida como a conservação da qualidade de vida e da possibilidade de conviver e se adaptar a novas condições, pode-se considerar saudáveis um grande número de pessoas idosas que apresentam as limitações próprias da idade (dificuldades para enxergar, ouvir e andar, entre outras) ou que são portadoras de doença crônico-degenerativas sob controle (tais como hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, reumatismo, osteoporose). Com os devidos cuidados, nem as doenças, nem o uso de medicamentos impedem as pessoas idosas de participar de grupos de convivência, “universidades da maturidade” ou programas de lazer. (ISAYAMA; GOMES, 2008, p. 170)

Assim sendo, sentenciar este período geracional a viver com doenças (que poderiam ser prevenidas, curadas ou atenuadas), baixa qualidade de vida, ausência de vida social, escassez de lazer e afastamento de atividades esportivas, poderia ser visto até como ilegal.

Os Documentos e Leis do SOE trazem a priorização da ginástica como uma atividade de lazer. Assim, mesmo vinculada a Secretaria de Saúde e com priorização inicial de parâmetros fisiológicos, ao oferecer como atividade de lazer, acaba trazendo outra forma de relação do público com o serviço.

Um fator que pode relacionar a saúde física, mental e social, aos gostos do indivíduo, portanto trazendo uma relação diferente com as atividades oferecidas, é o direito social ao lazer.

Dumazedier já conceituava em 1979, que o lazer é um conjunto de ocupações optadas por livre vontade, com o intuito de repousar, divertir-se, entreter-se ou ocupar-se de informação ou formação de forma desinteressada, após livrar-se de suas obrigações diárias.

Encontrar um oásis de liberdade em meio à rotina de obrigações traz um senso de satisfação pessoal e realização, uma espécie de significação de existência, um ‘porque eu vim ao mundo’.

O lazer tem este poder, pois os indivíduos idosos podem continuar carregando o fardo alienante da lógica do viver para trabalhar, e mesmo depois de ter contribuído para sua família e sociedade por uma boa parcela de sua vida, não encontrar opções ou conhecimento de que pode vir a descansar e obter lazer.

Mais de uma década depois de Dumazedier, Marcellino (1995) acrescenta que o lazer é cultura, sendo vivido no ‘tempo disponível’, com um caráter ‘desinteressado’ e sem a busca de qualquer recompensa além da satisfação provocada pela situação.

Visto que o idoso deveria estar usufruindo de sua aposentadoria, o tempo disponível deveria ser encontrado, em sua rotina, numa proporção maior do que na rotina de indivíduos jovens e adultos.

Desta forma, ter disponibilidade de tempo, livre de obrigações e limitações que possam cercear sua liberdade, é uma forma de realização pessoal, tendo tempo para encontrar satisfação em atividades tanto contemplativas como em práticas, criando oportunidades de prazer nesta etapa particular de sua vida.

No entanto, essa situação nem sempre é encontrada, seja por limitações físicas, intelectuais, sociais, financeiras ou à extensão da necessidade de trabalho para além da idade adulta.

Os dois conceitos anteriores de lazer se complementam ao pensamento mais recente de Christianne Gomes (2004, p.125) que relaciona o lazer a cultura: “por meio da vivência lúdica de manifestações culturais em um tempo/espço conquistado pelo sujeito ou grupo social, estabelecendo relações dialéticas com as necessidades, os deveres e as obrigações”.

Desta forma vemos o lazer como uma ‘conquista’, mesmo em meio a uma sociedade que tem como valorização a produtividade, a performance, o produto em detrimento do processo de criação, a busca pelo ‘status’ relacionado à ‘ostentação’ material, trazendo a lógica da produtividade para o depois do expediente, fins de semana, férias e até aposentadoria.

Esta lógica atinge a todos, inclusive os indivíduos idosos em seus direitos, ameaçando esta ‘conquista’ de renovação das esperanças, do intervalo entre uma conquista pessoal e outra.

Retomando ao tema da Intersetorialidade, apesar de não ter sido encontrado diretamente o conceito nos documentos inicialmente analisados, a posterior análise da

Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS) demonstra a institucionalização da Intersetorialidade, dando margem a uma cobrança social, não sendo mais uma questão apenas de opção de gestão, mas de reconhecida forma de promoção de direitos.

6 – CAMPO

No presente capítulo, é feita a triangulação dos dados obtidos na entrevista com o gestor, questionários aplicados à população atendida e o diário de campo, buscando reflexões de 'como realmente é', na Política Pública analisada.

Na entrevista guiada, o gestor iniciou informando que o programa se preocupa em verificar os antecedentes relacionados a saúde dos idosos: "realizamos além da anamnese na ficha participativa, avaliação do estado de saúde por meio dos registros dos profissionais de saúde no prontuário eletrônico e discutimos com a equipe alguns casos sempre que necessário" (GESTOR, Entrevista guiada, 2016).

Dessa forma, o projeto também se preocupa em avaliar a situação presente, de forma contínua: "sugerimos as reavaliações com periodicidade semestral ou com menor intervalo quando possível ou necessário" (GESTOR, Entrevista guiada, 2016).

Já em relação a questão de intergeracionalidade, que é um dos princípios do programa Academia da Saúde (AS), vinculado ao SOE, o Gestor afirma que deveria haver a preocupação na educação das outras gerações (crianças, jovens e adultos) em relação às necessidades especiais dos idosos: "não está nas atividades do SOE, mas como o Programa Academia da Saúde tem como princípio a intergeracionalidade esta atividade educativa se fará cada vez mais presente na rotina do serviço" (GESTOR, Entrevista guiada, 2016).

O Gestor informa que o projeto possui infraestrutura e capacitação entre os profissionais para lidar com o público idoso:

No SUS existe uma Política Nacional de Educação Permanente que contribui para a formação dos profissionais. Em Vitória temos a Escola Técnica do SUS (ETSUS) que desenvolve diversas formações aos profissionais, dentre as quais cursos para o atendimento à pessoa idosa. De 2014 a 2016 inclusive tivemos uma especialização ofertada gratuitamente aos profissionais da SEMUS em parceria com a UFMG (GESTOR, Entrevista guiada, 2016).

Quanto à melhora perceptiva do humor dos idosos após a participação no projeto, o gestor nos informou que "a melhora do humor, da qualidade de vida e da sensação de bem estar estão entre os relatos mais frequentes dos participantes do SOE, principalmente pela socialização com outros idosos" (GESTOR, Entrevista guiada, 2016).

Ao responder sobre as relações do projeto com outras esferas, ele disse que o projeto possui sim relações "mas acredito que podemos intensificar as ações intersetoriais". Já em relação à iniciativa privada ele afirma que não há relações: "temos certos cuidados com relações às parcerias privadas" (GESTOR, Entrevista guiada, 2016). Esta parceria com a

iniciativa privada, apesar de inexistente como citado pelo gestor, é um modelo de gestão que pode apontar soluções para viabilizar investimentos públicos.

Em um estudo realizado nas orlas de Vitória (CAMARGO et al., 2015) foi encontrada uma situação específica da não ocorrência de relação público-privado, onde as pessoas têm a concepção de que o espaço público é um espaço para todos, mas ocupado de acordo com interesses pessoais, sendo a falta de oferta de serviços e regulamentação do uso, sinais de ausência de responsabilidades do Estado. Na orla sudeste de Vitória-ES, em 2015, foram mapeadas dezoito (18) práticas corporais oferecidas pela iniciativa privada, enquanto temos 3 módulos do SOE nesta mesma orla (2 na Praia de Camburi e 1 na Praça dos Desejos), mostrando uma discrepância entre o que é oferecido pelo Poder Público e o que é demandado pela população.

Um dos entrevistados da pesquisa apresentada no parágrafo anterior disse que "seria muito bom fazer parcerias formais com o Poder Público, [...] regulação do uso dos espaços e possibilidade de convênios com financiamento público para as atividades desenvolvidas, ampliando assim o número de praticantes que não podem pagar." (CAMARGO et al., 2015).

Nota-se interesse, portanto, da iniciativa privada na contribuição neste sentido, claro, devendo-se preocupar com a execução dessas parcerias, para não cair no modelo de Política Pública apontado por Dye (2005) denominado de 'opção pública'.

O modelo de opção pública tem a política como uma deliberação coletiva de indivíduos movidos pelo auto-interesse. O processo político-administrativo visa essencialmente à formulação, legislação e regulamentação de políticas, focando mais nos grupos de interesse. Na análise do comportamento humano, pressupunha-se que as pessoas ao tratarem de interesses econômicos, procuram maximizar seus ganhos, e ao tratar de interesses políticos, procurariam maximizar o bem-estar societário (DYE, 2005).

Porém, nesse modelo, essa visão é contestada, levando a acreditar que as pessoas agem do mesmo modo, tanto ao se tratar de interesses econômicos como políticos, não havendo a dissociação entre um ser interessado em ganhos econômicos em uma esfera, e um ser interessado em ganhos sociais na esfera política.

Desta forma, os envolvidos politicamente buscam ganhar benefícios tanto nas Políticas Públicas, como no ambiente de mercado. As pessoas se reuniriam por familiaridade de interesses, e entrariam em conflito ou acordo com os demais grupos políticos, por afinidade na busca de benefícios próprios (DYE, 2005).

Portanto, fazer um processo que faça valer os interesses sociais, eficiência na prestação dos serviços, bom uso dos recursos públicos e repartição de riscos entre as partes, sem deixar os grupos de interesse dominarem o processo, são grandes desafios para a gestão.

Já falando das relações com projetos de outras secretarias, o gestor afirma que há:

[...] principalmente com Esporte e Lazer (SEMESP), Assistência Social (SEMAS) e Educação (SEME), mas todas ainda em caráter incipiente, devemos buscar aproximações e desenvolvimento de ações integradas entre os diferentes equipamentos existentes no território (GESTOR, Entrevista guiada, 2016).

Além de existir relações com projetos de outras esferas: "o SOE atualmente funciona na lógica do Programa Academia da Saúde e prevê uma relação entre o Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde" (GESTOR, Entrevista guiada, 2016).

Já sobre questões relativas a participação dos idosos no programa, o Gestor afirma que o percentual aproximado de idosos no programa é de "aproximadamente 80%. Se analisarmos apenas o turno matutino, este percentual sobe para acima de 90%" (GESTOR, Entrevista guiada, 2016).

Ainda segundo o Gestor, o gênero com maior participação é "predominantemente feminino. Aproximadamente 85% e 15% masculino. Temos tido um aumento da procura por idosos do sexo masculino" e que o motivo que os leva a participar é:

[...] a maioria inicia a participação por questões de saúde (na verdade para prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, sobretudo as cardiovasculares e quadros de depressão), mas os motivos de permanência certamente estão relacionados à socialização, lazer e promoção da saúde (GESTOR, Entrevista guiada, 2016).

Sobre a taxa de abandono, o gestor informou que:

[...] temos dificuldades de monitorar as taxas de abandono. Penso que deveríamos qualificar nossos instrumentos e procedimentos de monitoramento e avaliação, mas temos dificuldades e restrição de pessoal para avançar como gostaríamos, mas atualmente temos tido um aumento expressivo de participantes diários nas atividades o que nos leva a suspeitar em reduções crescentes de taxa de abandono. Se tivéssemos melhores condições de infraestrutura este abandono seria menor ainda, pois os profissionais e as atividades são sempre avaliados positivamente pela população (GESTOR, Entrevista guiada, 2016).

Já nas questões relativas a avaliação do projeto, o gestor disse que a avaliação perceptiva dos idosos em relação aos profissionais do projeto, é positiva:

Os profissionais são muito elogiados pela população. Nosso trabalho possibilita o desenvolvimento de vínculos muito fortes com os usuários do serviço com uma convivência diária. Os profissionais relatam que muitos idosos relatam ter mais proximidade e convívio com os profissionais do que com a própria família (GESTOR, Entrevista guiada, 2016).

Essa informação corrobora com as informações colhidas nos estudos de avaliação de projetos, mostradas anteriormente (KNUTH, 2010).

Positiva também é a avaliação feita pelo Gestor das atividades oferecidas pelo programa: "as atividades são bem avaliadas e como trabalhamos com a participação social e o envolvimento da comunidade na formulação, proposição e avaliação das atividades este ponto não costuma ser problema" (GESTOR, Entrevista guiada, 2016).

Sobre a questão da segurança na continuidade de oferecimento do serviço, o gestor informa que acredita que "não corremos risco, pois o SOE é um serviço com 26 anos de funcionamento com profissionais efetivos e atualmente com captação de recursos junto ao Ministério da Saúde e governo do Estado. Esperamos não sofrer com possíveis cortes em programas sociais" (GESTOR, Entrevista guiada, 2016).

Sobre a estrutura física do programa, o Gestor afirma ser a:

[...] nossa maior limitação e o ponto comum de reclamação de profissionais e usuários do serviço. Esperamos conseguir melhorar o planejamento de reestruturação dos Módulos do SOE e de manutenção preventiva principalmente com captação de recursos vinculados para o programa. O planejamento para 2017 é de realizar projetos de reforma e ampliação das estruturas, mas sabemos que a execução será limitada por questões financeiras (GESTOR, Entrevista guiada, 2016).

Já sobre a avaliação perceptiva dos profissionais envolvidos com o projeto, o Gestor afirma que:

Os profissionais parecem gostar do trabalho que desenvolvem no SOE. Muitos profissionais que possuem outra matrícula na PMV, gostariam de ser transferidos para a Secretaria de Saúde para atuar no SOE, tanto pela questão financeira (que é um pouco melhor do que em outras) como pelo tipo de trabalho desenvolvido no serviço (GESTOR, Entrevista guiada, 2016).

Entrando nas questões relativas aos conceitos, intersetorialidade e acesso a direitos, quando perguntado sobre a percepção da ideia de saúde, esporte e lazer dos participantes o gestor avaliou que: "os participantes percebem o SOE como atividade de lazer. Eu identifico como um programa exitoso na Promoção da Saúde da população, apesar de conceitualmente ter sido criado com foco de prevenção de doenças" (GESTOR, Entrevista guiada, 2016).

Ao ser questionado se ele acredita que as relações de intersetorialidade são suficientes, ele afirmou que "certamente não são suficientes" e acrescentou:

Não sabemos trabalhar intersetorialmente ainda, este para mim ainda é o desafio para todos do setor público e talvez seja também para o privado. Em Vitória estamos trabalhando na instituição de um Programa Intersetorial de Promoção da Saúde (Programa Vitória Saudável) que visa o estabelecimento da Rede Intersetorial de Promoção da Saúde com envolvimento de gestores, profissionais e também com a população, esperamos conseguir avançar (GESTOR, Entrevista guiada, 2016).

Quando questionado se ele acredita que as relações de intersetorialidade podem trazer benefícios ao acesso dos idosos a saúde, esporte, lazer e educação, o gestor nos informou que:

A intersetorialidade é a engrenagem que pode potencializar todos os programas. Avalio que atualmente não podemos mais nos contentar em aproximar paredes, precisamos quebrar as paredes e trabalharmos em conjunto entre os equipamentos de um determinado território. Não é possível continuarmos fragmentados em caixas. Um ponto relevante para este avanço é que a própria Universidade comece a trabalhar com este ponto na formação, mas infelizmente o que vimos é que até a Universidade tem dificuldades e limitações. O próprio Centro de Educação Física e Desportos na minha avaliação possui poucas ações e projetos intersetoriais com outros centros da UFES, Prefeituras, Governo do Estado. Enfim penso que o Professor de Educação Física é um profissional potente para alavancar esta discussão dada nossa atuação em diferentes setores como saúde, esporte, educação, assistência social sejam públicos ou privados. Espero poder contribuir no meu trabalho para este avanço (GESTOR, Entrevista guiada, 2016).

Dentro das falas do Gestor, identificamos trechos para a análise de quatro categorias, que são: percepção de intersetorialidade, percepção de saúde, percepção de lazer e percepção de envelhecimento. A análise das falas será fundamental no processo de triangulação.

A percepção de intersetorialidade do Gestor aparece com uma metáfora, que seria uma 'engrenagem' para potencializar todos os programas, afirmando sua importância mas que ainda 'não sabem' trabalhar intersetorialmente, havendo necessidade de 'intensificar' essas ações, pois as que existem, ainda estão em caráter 'incipiente'. Completa ainda dizendo que a própria universidade precisa aprender a trabalhar assim, identificando uma possível falha de formação.

A percepção de saúde do Gestor é aparentemente biológica, ao afirmar que os alunos vêm iniciar sua participação por questões relativas a saúde e citando 'doenças crônicas não transmissíveis e quadros de depressão'. Dentro deste tema, ainda afirma que o SOE foi criado com foco na prevenção de doenças.

A percepção de lazer do Gestor é relacionada a socialização, afirma que os alunos 'permanecem' por questões relativas ao lazer e socialização, havendo consequente 'melhora no humor'.

A percepção de envelhecimento do Gestor não pode ser avaliada pela entrevista, mas a opinião dele sobre os idosos no programa foi de dados estatísticos por observação, alegando que existem cerca de 80% em geral e 'mais de 90%' no turno matutino. Afirma haver formação no ETSUS para lidar com o público idoso e que a relação intergeracional não está como foco do SOE, mas que deverá vir a ser com a implantação da Academia da Saúde.

A seguir, apresentamos os dados produzidos nas entrevistas com a população no campo, para a realização da comparação com as falas do Gestor apresentadas, no intuito de balizar as reflexões posteriores.

Após o período de inserção no campo (16/08/2016 à 22/12/2016), e estabelecer uma relação de confiança com os participantes (do Módulo de Jardim da Penha), foi elaborado o critério de distribuição dos questionários semi-estruturados, entre os alunos com maior assiduidade recente.

As duas professoras do turno matutino do módulo de Jardim da Penha, também participaram com suas contribuições, em diálogos durante o período em campo, sendo essas considerações anotadas no diário de campo.

Além disso, elas também me indicaram 15 alunos com uma frequência mais constante e desses 15 questionários distribuídos, 11 retornaram, sendo que algumas questões ficaram incompletas. Foi necessário que sentasse com cada um deles ao longo do tempo no campo, para explicar novamente as questões (especialmente em relação ao termo intersectorialidade), mas os deixando livres para participarem apenas se houvesse interesse e neste caso, para responder apenas as questões que quisessem.

Do preenchimento deste questionário, gerou-se o seguinte quadro de perfil de usuário:

| Número do questionário | Profissão | Gênero | Idade | Tempo que frequenta o SOE | Atividades Praticadas | Sabe se o SOE se relaciona intersectorialmente? |
|------------------------|-----------------------|--------|-------|---------------------------|-----------------------|---|
| 01 | Professora Aposentada | F | 77 | 18 anos | Ginástica e Hidro | Não sei |
| 02 | Guia de Turismo | F | 73 | 15 anos | Hidro e Vôlei | Não respondeu |
| 03 | Pedagoga Aposentada | F | 70 | 5 anos | Ginástica e Circuito | Não sei |
| 06 | Aposentada | F | 73 | 6 anos | Yoga | Não sei |
| 07 | Engenheiro | M | 61 | 3 anos | Ginástica | Não sei |
| 09 | Dona de Casa | F | 49 | 2 anos | Ginástica e Vôlei | Não sei |
| 10 | Treinador de Futebol | M | 53 | 8 meses | Todas | Não tenho conhecimento |

| | | | | | | |
|----|------------|---|----|---------|------------------------------------|---------|
| 11 | Professora | F | 60 | 2 meses | Circuito | Não sei |
| 12 | Aposentada | F | 60 | 6 anos | Ginástica e Circuito | Não sei |
| 13 | Aposentado | M | 68 | 3 anos | Ginástica, Circuito, Hidro e Vôlei | Não sei |
| 15 | Aposentada | F | 88 | 20 anos | Circuito, Ginástica e Caminhada | Não sei |

Quadro 03 – Perfil dos usuários participantes do SOE que responderam a pesquisa (Elaborado pelo autor, 2016).

Nos diálogos com as professoras responsáveis pelo módulo de Jardim da Penha, também obteve-se um diagnóstico da UBS do bairro, ao qual foi detalhado o território onde o módulo é situado e um perfil dos moradores deste território da saúde²⁸.

O documento intitulado 'Diagnóstico situacional com foco no Programa Academia da Saúde' foi elaborado em conjunto por profissionais alocados na Gerência de Vigilância em Saúde - Promoção da Saúde - SOE.

Ele inicia apresentando o território da saúde que compreende os bairros Jardim da Penha e Pontal de Camburi, sendo a região compreendida entre a Avenida Adalberto Simão Nader até o Canal de Camburi e da Praia de Camburi até a UFES (VITÓRIA, 2016).



Figura 2 - Bairros Jardim da Penha e Pontal de Camburi (VITÓRIA, 2016).

O documento situa historicamente a região, como uma fazenda escriturada em 1891, plana e de vegetação de restinga e Mata Atlântica, de onde podia-se ver o Convento da Penha, ganhando assim o nome de Jardim da Penha (VITÓRIA, 2016).

A região começou a ser loteada e urbanizada a partir de 1950, sem origem residencial, mas com lotes adquiridos para a criação de armazéns e do Instituto Brasileiro do Café. Na

²⁸ Território da saúde refere-se a organização espacial dos sistemas de saúde a partir da subdivisão dos espaços, no intuito de alcançar os indivíduos dentro de suas regiões residenciais.

década de 60 o bairro contava com 106 casas e sem iluminação pública, comércio ou transporte. Na metade da década de 70 surgiram pequenos conjuntos habitacionais destinados à classe média baixa (VITÓRIA, 2016).

Atualmente o bairro está praticamente todo ocupado por "funcionários públicos, estudantes universitários e profissionais liberais [...] com um comércio autossuficiente." (VITÓRIA, 2016, p. 2).

Assim o Território de Saúde de Jardim da Penha forma-se por dois bairros, ainda em uma região plana, e contendo ainda traços da vegetação de restinga e Mata Atlântica (VITÓRIA, 2016).

Pelas tabelas abaixo podemos constatar que as condições socioeconômicas dos moradores da região são de classe alta:

Emprego e Renda

Tabela 852 - Valor do rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes, no bairro Jardim da Penha - Vitória (ES) - 2010

| Tipo de domicílio | Rendimento Médio (R\$) |
|--|------------------------|
| Casa | 3.615,84 |
| Casa de vila ou em condomínio | 4.066,20 |
| Apartamento | 6.418,34 |
| Habitação em casa de cômodos, cortiço ou cabeça de porco | 656,67 |
| Oca ou maloca | - |
| Total | 6.191,80 |

Fonte: IBGE - Censo Demográfico - Dados do Universo

Elaboração: Gerência de Informações Municipais - SEGES/PMV

Tabela 853 - Domicílios particulares permanentes, segundo classes de rendimento nominal mensal domiciliar no bairro Jardim da Penha, Vitória (ES) - 2010

| Classe de rendimento nominal mensal domiciliar | Domicílios | % |
|--|---------------|---------------|
| Até 1/2 salário mínimo | 17 | 0,15 |
| Mais de 1/2 a 1 salário mínimo | 210 | 1,83 |
| Mais de 1 a 2 salários mínimos | 480 | 4,19 |
| Mais de 2 a 5 salários mínimos | 1.955 | 17,08 |
| Mais de 5 a 10 salários mínimos | 3.229 | 28,21 |
| Mais de 10 a 20 salários mínimos | 3.466 | 30,28 |
| Mais de 20 salários mínimos | 1.744 | 15,24 |
| Sem rendimento | 344 | 3,01 |
| Sem declaração | - | - |
| Total de domicílios | 11.445 | 100,00 |

Fonte: IBGE - Censo Demográfico - Dados do Universo

Elaboração: Gerência de Informações Municipais - SEGES/PMV

Obs: 1 - Não estão incluídos os bairros Carapina I, Hélio Ferraz, De Fátima e Parque Industrial.

2 - Salário mínimo utilizado: R\$ 510,00.

3 - A categoria Sem rendimento inclui os domicílios com rendimento mensal domiciliar somente em benefícios.

Como perfil demográfico, encontramos uma população adulta e com uma porcentagem um pouco maior de mulheres. Já na faixa etária acima de 65 anos, contamos com uma grande diferença, sendo a população de idosas encontradas em uma maioria considerável (VITÓRIA, 2016).

População

Tabela 844 - Crescimento Populacional por Gênero no bairro Jardim da Penha - Vitória (ES) - 2000/2010

| 2000 | | | 2010 | | | Variação % | | |
|--------|--------|----------|--------|--------|----------|------------|--------|----------|
| Total | Homens | Mulheres | Total | Homens | Mulheres | Total | Homens | Mulheres |
| 24.623 | 11.145 | 13.478 | 30.571 | 13.702 | 16.869 | 24,16 | 22,94 | 25,16 |

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2000 e 2010

Elaboração: Gerência de Informações Municipais - SEGES/PMV

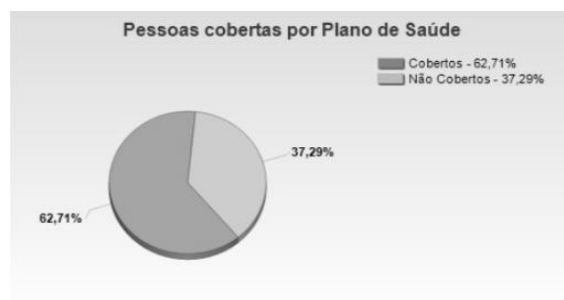
Tabela 845 - População residente por sexo e grupo de idade no bairro Jardim da Penha - Vitória (ES) - 2010

| Grupo de Idade | Total | % | Homens | Mulheres | Proporção da população (%) | |
|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------------|--------------|
| | | | | | Homens | Mulheres |
| 0 a 14 anos | 3.659 | 11,97 | 1.826 | 1.833 | 49,90 | 50,10 |
| 15 a 24 anos | 6.009 | 19,66 | 2.806 | 3.203 | 46,70 | 53,30 |
| 25 a 64 anos | 17.994 | 58,86 | 7.986 | 10.008 | 44,38 | 55,62 |
| Acima de 65 anos | 2.909 | 9,52 | 1.084 | 1.825 | 37,26 | 62,74 |
| Total | 30.571 | 100,00 | 13.702 | 16.869 | 44,82 | 55,18 |

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010 - Dados da Sinopse

Elaboração: Gerência de Informações Municipais - SEGES/PMV

Dentro deste universo populacional, encontramos 62,71% da população cobertos por planos de saúde, enquanto a minoria, 37,29% não conta com o suporte privado a saúde (VITÓRIA, 2016).



Já em relação aos equipamentos do território, o documento os categorizou em diferentes áreas de atuação, como Saúde; Trabalho e Renda; Assistência Social; Educação; Turismo; e Esporte e Lazer (VITÓRIA, 2016).

Tabela 858 - Quantidade de equipamentos públicos no Bairro Jardim da Penha, por área de atuação - Vitória (ES) - 2012

| Área de atuação | Equipamentos |
|----------------------------------|---|
| Saúde | Academia Popular da Pessoa Idosa - Praia de Camburi |
| | Módulo SOE - Praia de Camburi |
| | Unidade de Saúde - Jardim da Penha (Otaviano Rodrigues de Carvalho) |
| Trabalho e Renda | Telecentro - T J P |
| Assistência Social | Banco de Alimentos Herbert de Souza |
| Educação | CMEI Zenaide Genoveva Marcarini Cavalcanti |
| | EMEF Álvaro de Castro Mattos |
| | EMEF Éber Louzada Zippinotti |
| | EMEF Prof. Dr. Admardo Serafim de Oliveira |
| | Universidade Aberta do Brasil (UAB) |
| Turismo | Praia de Camburi |
| Esporte e Lazer | Escolinhas de Esportes Praça Regina Frigere Furno - Praça do EPA |
| | Campo de Bocha - Jardim da Penha |
| Total de equipamentos: 13 | |

Fonte: SEGES/GEO

Elaboração: Gerência de Informações Municipais - SEGES/PMV

Sobre a UBS de Jardim da Penha, nomeada de "Otaviano Rodrigues de Carvalho", o documento afirma que ela foi inaugurada em 15/06/2000, funciona atualmente das sete da manhã às oito horas da noite e conta com a Estratégia de Saúde da Família - ESF e com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF²⁹ (VITÓRIA, 2016).

A ESF tem 5 equipes e 31 micro áreas de saúde e o NASF conta com os seguintes profissionais multidisciplinares: Assistente Social, Farmacêutico, Médico Ginecologista, Psicólogo e Técnico Esportivo (VITÓRIA, 2016).

Para o caso do SOE especificamente, não há um fluxo definido de encaminhamento de usuários pelos profissionais da UBS (VITÓRIA, 2016), porém no campo notou-se que alguns poucos participantes apareciam dizendo que foram incentivados pelo pessoal da UBS a frequentarem o módulo.

O documento ainda aponta as atividades realizadas na UBS que contam com potencial para a inserção de 'profissionais' de Educação Física, sendo o Programa Saúde na Escola (PSE) que não conta com dia fixo; o Obesidade/Sobrepeso que ocorre as quartas, às 13h30; o programa de Saúde Mental, nas tardes de segunda; e o Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista (GATT), que ocorre as quintas, às 8h (VITÓRIA, 2016).

A quantidade de professores de Educação Física que trabalha no módulo do SOE de Jardim da Penha é quatro. Duas professoras atuam no período matutino e dois no período noturno, sendo três mulheres e um homem. As três professoras atuam há mais de 15 anos no SOE, e o professor tem o tempo estimado pelo questionário de '1 a 5 anos' (VITÓRIA, 2016).

Nos eixos de atividades ofertadas no SOE são categorizadas AF/PC de um lado e 'Práticas Integrativas e Complementares' de outro, situando nesta categoria a Yoga e a Capoeira (VITÓRIA, 2016).

Sobre a idade do público participante, é afirmado que são adolescentes a partir de 15 anos, adultos e idosos, (VITÓRIA, 2016), porém não foi observada no campo a participação de adolescentes em nenhuma atividade dos módulos visitados.

Sobre a participação social, não foi confirmada a existência de reuniões do Conselho Local de Saúde, sendo informado que há "outra forma de controle e participação social", porém sem especificar qual (VITÓRIA, 2016, p. 17).

Sobre a integração no oferecimento de atividades em conjunto entre os profissionais do SOE e da UBS, o documento aponta que não há (VITÓRIA, 2016).

²⁹ São estratégias do SUS para o fortalecimento da atenção básica, promovendo regionalmente o atendimento familiar, promoção da saúde e recuperação dos indivíduos, focando na família como um todo.

A partir da apresentação de dados desse diagnóstico, partiu-se para a análise das entrevistas feitas no campo com os participantes das atividades do SOE, sendo que inicialmente a maioria dos participantes afirmou quando questionados se possuíam algum problema de saúde, não haver nenhum: "tenho uma vida saudável" (PARTICIPANTE 10).

Sobre a preocupação do projeto em fazer avaliações constantes, a maioria afirmou que sim, que há essa preocupação.

Sobre a satisfação com os professores do SOE, todos afirmaram que estavam satisfeitos, sendo que um dos participantes afirmou que são "profissionais muito bem preparados" (PARTICIPANTE 9), e um deles acrescentou "e com os estagiários também." (PARTICIPANTE 10).

A respeito do humor individual, se melhorou após a participação no SOE, a grande maioria afirmou que sim, e "a socialização também." (PARTICIPANTE 11).

Após estes questionamentos gerais, partiu-se para questões relativas às relações do programa. Quando questionados se o SOE se relaciona com outros projetos/programas (APPI, CRAS, UBS, etc.) ou com projetos/programas de outras esferas (municipal, estadual, federal ou internacional), após uma explicação sobre a possibilidade destas relações, a maioria absoluta afirmou não saber ou não ter conhecimento, sendo que uma afirmou que "o módulo do qual faço parte tem projetos da esfera federal, UFES, de Educação Física e Nutrição" (PARTICIPANTE 3), acredito que a aluna entendeu essa relação como as pesquisas que ocorrem nos módulos.

Depois dos questionamentos sobre as relações, partiu-se para questões relativas a participação no programa, sendo questionados se os amigos dos participantes também frequentavam o mesmo módulo que eles, recebendo respostas das mais diversas, como "cheguei só ao SOE, hoje tenho um bom relacionamento com todos" (PARTICIPANTE 10), outra afirmou que "por ter me mudado para o estado há pouco tempo, quase não tenho amigos aqui" (PARTICIPANTE 11), e apresentaram afirmações relativas a criação de novos laços a partir da participação no SOE, "fiz amigos lá" (PARTICIPANTE 12).

No tocante a quais seriam os motivos que os levavam a participar, a maioria afirmou ser por motivo de saúde, agregando lazer e socialização em segundo lugar, um citou um motivo único, por motivo de "alegria." (PARTICIPANTE 13).

No que tange a taxa de abandono e se entre os que abandonavam o programa, se citavam os motivos que os levavam a deixar, a grande maioria afirmou que não, "o módulo está sempre cheio" (PARTICIPANTE 3), uma participante da Yoga afirmou que sim, "por motivos diversos, família, doença, mudança" (PARTICIPANTE 6), enquanto outro afirmou

que "não vejo abandono, mas sim ausências" (PARTICIPANTE 10), um inclusive fez um comentário dizendo que o que os levaria a abandonar seria "problema de (sic) junta." (PARTICIPANTE 13).

Ao serem questionados sobre o que o SOE teria de diferente positivamente dos outros espaços de AF/PC, uma afirmou que uma qualidade é por "ser em área aberta" (PARTICIPANTE 2), outra disse que por possuir "profissionais competentes e engajados" (PARTICIPANTE 3), outra apontou a "alegria e espontaneidade" (PARTICIPANTE 6). O fato de ser em área aberta recebeu várias citações, além de lembrarem também das professoras, "o fato das atividades serem feitas ao ar livre é muito atraente, e as professoras são muito dedicadas" (PARTICIPANTE 9), dois afirmaram ser a mesma coisa que em outros lugares e por fim uma citou "a eficiência e simpatia da equipe que coordena e executa as atividades com os participantes." (PARTICIPANTE 11).

E ao serem questionados sobre os defeitos encontrados no programa, a grande maioria falou que não há. Entre as críticas apontadas houve uma que disse que há "descaso da Prefeitura Municipal de Vitória, o nosso módulo é bom porque os profissionais que atuam nele são bons, quando se precisa da PMV a coisa fica difícil" (PARTICIPANTE 3), outro afirmou que há a necessidade de "um segurança" (PARTICIPANTE 10) e outra disse que "deveria possuir um banheiro funcionando, as tábuas que revestem o espaço utilizado para os exercícios precisam ser reformadas ou substituídas." (PARTICIPANTE 11).

Já a questões relativas a avaliação do projeto, se gostavam das atividades oferecidas, todos afirmaram que sim, "gosto demais" (PARTICIPANTE 1) e "as atividades são bem interessantes e contribuem para a saúde física dos participantes." (PARTICIPANTE 11).

Sobre a segurança, as respostas foram mais vagas, orbitando entre não tem, não sei, boa e "até o presente momento foi tranquilo" (PARTICIPANTE 11).

Sobre a estrutura física, a maioria fez críticas, dizendo que "deixa a desejar" (PARTICIPANTE 3), "pode melhorar" (PARTICIPANTE 6), "o piso de madeira precisa de outra manutenção" (PARTICIPANTE 7), "a estrutura física deixa a desejar, o tablado é de péssima qualidade" (PARTICIPANTE 9), "poderia ser um pouco maior e ter banheiro" (PARTICIPANTE 11). Sobre o banheiro, apesar do módulo possuir um, ele é ocupado por materiais para as atividades e de uso exclusivo dos profissionais do módulo, abrindo-se uma exceção aos casos de urgência.

Quando questionados sobre sugestões para o projeto, receberam-se as seguintes opiniões: "poderia ser coberto por causa da chuva" (PARTICIPANTE 1), "mais professores" (PARTICIPANTE 2), "que a PMV dê mais atenção às necessidades materiais e físicas pois o

espaço onde praticamos as atividades está precário" (PARTICIPANTE 3), "banheiro" (PARTICIPANTE 6), "melhorar a estrutura física com cobertura para amenizar o sol no verão e chuva nos períodos chuvosos" (PARTICIPANTE 9), "segurança, enfermeiro e limpeza" (PARTICIPANTE 10), "além das mencionadas anteriormente, seria interessante mais um profissional para ajudar a *personal*" (PARTICIPANTE 11) e "melhorias físicas no módulo." (PARTICIPANTE 12).

Em relação a cobertura, há a previsão dessa estrutura em programas que façam parte da Academia da Saúde, pelo menos nos projetos e plantas baixas dispostos no site do ministério da Saúde, porém o SOE obteve esse título por similaridade, sendo assim, essa adequação não foi executada, cabendo aí a prefeitura fazer o investimento pensando em aprimorar a prestação de serviço. Sobre a ampliação do quadro de professores, recebemos a informação do Gestor de que um processo seletivo estava em análise para ocorrer no ano de 2017.

Por fim, perguntou-se aos participantes sobre questões relativas a diversos conceitos, ao acesso a direitos e sobre a intersetorialidade propriamente dita, com os participantes respondendo sobre saúde como "melhora no condicionamento" (PARTICIPANTE 6), "interação interpessoal, [...] os exercícios físicos contribuem para o bem estar físico e emocional entre as pessoas" (PARTICIPANTE 11) e que "mais pessoas praticando atividade física são menos pessoas doentes e menos despesa para o Estado." (PARTICIPANTE 9).

Sobre as relações de intersetorialidade, a maioria absoluta não sabe se existe, com uma pessoa não respondendo e uma afirmando não possuir conhecimento, apenas uma professora disse que acha "essencial que saúde, educação e lazer sejam constantes nos projetos sociais." (PARTICIPANTE 11).

Percebe-se que apesar do módulo estar em uma região considerada nobre e com os participantes com um bom nível de escolaridade, as informações desta natureza não são tratadas ou divulgadas satisfatoriamente.

E concluindo, ao serem questionados sobre a crença nos benefícios que a intersetorialidade pode trazer no acesso a direitos sociais, a grande maioria apontou o real desconhecimento do conceito de intersetorialidade, com um participante se arriscando a dizer que teme o aumento de burocracia ao dizer que o "meu receio é que as coisas andem mais devagar do que já andam atualmente" (PARTICIPANTE 3) e uma afirmando que acredita que sim pois "envolve o ser humano como um todo" (PARTICIPANTE 11).

Dentro das falas dos participantes, identificamos quatro categorias de análise, que são: percepção de intersetorialidade, percepção de saúde, percepção de lazer e percepção de

pontos positivos e negativos no programa. A análise das falas será fundamental no processo de triangulação.

A percepção de intersetorialidade dos participantes é confusa, tendo a maioria absoluta afirmando que não sabe o que é, ou não sabe se existe, mesmo sendo pessoas de um nível escolar mais esclarecido e mesmo após as explicações dadas aos mesmos. Dentre os que se arriscaram a responder, uma participante chegou próximo ao afirmar que envolve o 'ser humano como um todo', mas mesmo assim, não sabe se existe no SOE. Um deles temeu o aumento da 'burocracia'.

A percepção de saúde dos participantes, aparentemente também é biológica, ao alegarem que a maioria vai para o SOE por motivo de saúde e abandona por motivo de doença. Uma contradição pois afirmam serem todos saudáveis e que a saúde do SOE traria a 'melhora no condicionamento', pois mais gente fazendo AF representa 'menos doentes' para o Estado.

A percepção de lazer dos participantes é relativa a socialização, com consequente melhora no humor, com uma repetição constante na fala: 'fiz amigos'.

A percepção de pontos positivos entre os participantes é apontada como os professores de Educação Física dos módulos, seja pela relação que é construída com os mesmos, seja pela qualidade e empenho nas atividades oferecidas. Já como negativa, é dada a estrutura física e abandono da PMV.

A triangulação dos dados trazidos na pesquisa nos leva a refletir sobre as questões centrais dentro do SOE, como a preocupação inicial de abandono da população idosa, que não se confirmou como realidade nas observações desenvolvidas sobre as atividades diárias do SOE. Pelo menos nos módulos visitados o que se percebe, de modo geral, é um lugar de acolhimento, onde o indivíduo idoso é bem vindo.

Ouve-se até entre os não frequentadores, ao citar o SOE como ponto de referência geográfico: 'é aquele lugar onde os velhinhos fazem atividade física'. Apesar de um lugar de pertencimento, há o questionamento se é o pertencimento a todos, ou só a algum tipo específico de idoso.

O fato de poucos homens idosos participarem já é um indício de algo a ser melhor analisado. Entre as alunas, também foi ouvido durante o período do campo corriqueiramente, que vieram 'para cá' porque não gostavam de academia, ou porque o 'circuito da praia' não dava tanta atenção quanto os professores do SOE davam.

Algo é tido como certo, aquele é um bom espaço com boas atividades, mas até que ponto este adjetivo 'bom' pode ser avaliado como 'suficiente'? Quantos idosos queriam estar

participando? Quais idosos participam? Há uma segregação de 'tribos idosas' entre diversas atividades? Seriam necessários mais módulos, mais turnos, atividades diversificadas?

As estatísticas dentro da literatura apontaram a vida ativa como fator positivo e o envelhecimento populacional como fenômeno constatado. Seria o SOE uma possível parte da solução para a promoção da saúde de uma população cada vez mais idosa?

A intersectorialidade, dentro desta solução, vem como uma estratégia de gestão apontada como potencializadora de soluções pela literatura, e é institucionalizada pela PNPS, ou seja, deveria ser constante, então porque não é?

O gestor apontou que pode ser uma falha de formação. Não há consenso nem entre especialistas sobre o tema intersectorialidade, não é dito se deve se derrubar paredes, juntar escritórios, criar redes para soluções de problemas, realizar ainda mais reuniões multidisciplinares, daí talvez a fala do participante de medo de 'aumento da burocracia' fazer sentido.

Se entre especialistas há esta confusão conceitual, dentro da gestão há a confissão de não saberem como trabalhar assim. A população mais esclarecida tem dificuldade em compreender o conceito, o que será da população com menos acesso a educação? Como se dará este conceito, 'intersectorialidade', que é 'institucional', que 'deveria haver', dentro das Políticas Públicas? A 'sinergia' proposta pelo conceito se efetivaria na prática? Ou a união de diversos entes acarretaria uma diminuição de ações práticas?

A participação social é um elemento fundamental dentro da intersectorialidade, apontado pela literatura inclusive como um fator de melhoria de qualidade de vida na velhice, pois participar das decisões coletivas que os afetam, traria não só senso de reconhecimento, mas também é uma forma de permanecer fisicamente e cognitivamente ativo.

Assim, a participação dos usuários tem um duplo processo positivo, além de ser 'obrigatório' ou 'recomendado', a partir do momento que a PNPS pede a intersectorialidade como um dos elementos fundamentais para a promoção da saúde.

Porém, como garantir a participação se a população não tem a informação clara? Outra indagação apontada pelo diagnóstico do território da saúde, é de que há participação social, porém não afirma qual nem quando. Uma dica talvez, do período de permanência no campo, é de um telefone (156) de serviço de reclamações ou sugestões da prefeitura.

Incitar os participantes a ligar para o telefone pedindo formações teóricas sobre participação social seria um fato interessante, criar uma demanda através de uma participação fria e impessoal (ligação telefônica), para a criação de uma rotina de assembleias ou reuniões de escuta da população para a efetivação da participação social. Além dessa escuta, há a

necessidade de avaliação e reavaliação. Não só da 'saúde biológica' da população, mas da Política Pública em si.

O gestor afirma que a intersetorialidade é uma 'engrenagem' entre programas com relações 'incipientes' que precisam 'intensificar', então, como dar esse próximo passo? Quais são as ações, com que pastas e como colocar a população para participar deste processo? Como melhorar a formação da população e das pessoas que prestam os serviços?

Este exercício de formação política deveria ser tão importante como o exercício físico dito como importante para a saúde e prevenção de doenças? O prazer proporcionado pelas práticas corporais, pela socialização, pelo lazer, deveria também ser proporcionado por participar de forma consciente das decisões tomadas com o erário público no oferecimento dos serviços?

Garantir de forma efetiva estes conceitos que parecem subjetivos a população em geral, como 'intersetorialidade', como 'intergeracionalidade', como 'participação social', faria com que os indivíduos participantes fizessem 'mais amigos', ou há um conformismo generalizado em ficar como está?

Não há uma busca por culpados aqui na 'ponta da lança', visto que a jornada laboral é excessiva, os recursos públicos para políticas sociais estão cada vez mais escassos e a educação política é tida cada vez mais como secundária. A formação do ETSUS está sendo suficiente para fomentar uma mudança do perfil tradicional para o trabalho intersetorial? A Academia da Saúde como programa federal virá para fomentar a emancipação e busca por direitos ou será apenas oferecimento de atividades físicas para melhorias fisiológicas de determinada parcela da população?

Esta quantidade de perguntas pelo menos acena para alguma resposta: há de se continuar pesquisando, há de se continuar incitando, há de se continuar lutando por melhorias. Todo o histórico de luta pelo direito à saúde, constituição dita como 'cidadã' e demais direitos, não pode se esvair por uma propaganda contínua baseada no 'mito do progresso'.

Mais do que proferir opiniões, há a necessidade de participar dessas decisões. Conseguiu-se colocar a participação social como elemento institucional, agora é necessária existir 'de fato'. A articulação horizontal proposta por Farah (2000) é tida como sinônimo de intersetorialidade, mas o processo de elaboração e implementação de Políticas Públicas descentralizadas é o próximo passo, e precisa ser feito sem ampliar 'burocracias', mas em prol de 'resolver problemas', de 'garantir direitos' de indivíduos unos.

Dentro dos modelos de análise de Políticas Públicas propostos Dye (2005), interpreta-se o modelo racional como o com maior possibilidade de gerar desenvolvimento social para as Políticas Públicas implantadas.

O conceito de modelo racional aponta a política como o objetivo de máximo ganho social. O processo político-administrativo visa essencialmente à formulação e avaliação de políticas, focando mais na avaliação impacto-financeira de propostas. Neste modelo é escolhida entre as opções políticas, aquela que produzirá o maior benefício social com menor custo. Assim o valor produzido, menos os gastos, deve resultar em um valor positivo e maior do que qualquer outra proposta. Os valores aqui não são apenas monetários (de valor quantitativo de determinada cifra em espécie), mas devem-se incluir valores sociais, políticos e econômicos (de melhorias na regulação do fluxo de capital e mercados financeiros).

Mas apesar dos governos afirmarem em discurso que se utilizam de metodologia similar a esta (em uma gestão analítica, baseada em dados e evidências), pode-se inferir que de modo geral, as Políticas Públicas ganham uma ou outra mudança, na intenção de dar uma cara nova a programas antigos, como forma de criar uma identidade positiva do mandato, em um modelo que se aproxima mais do modelo incremental proposto por Dye (2005).

Este modelo incremental tem a política como variações sobre o passado. O processo político-administrativo visa essencialmente à formulação de políticas, focando mais em poucas propostas. Parte do pressuposto que a falta de tempo, informação e custos, leva a dificuldade de uma formulação absolutamente racional, levando a um processo mais conservador, aceitando o que já existe e apenas aprimorando alguns pontos destas políticas já existentes.

Esse modelo é também politicamente conveniente, pois é mais fácil obter acordos entre acréscimo ou decréscimo de políticas já existentes, do que obter o apoio na implementação de uma política inteiramente nova, sendo assim importante para diminuir conflitos, conseguir estabilidade e preservar o sistema político. Em uma sociedade pluralista como a atual é melhor dar continuidade ao já existente, do que dispendar custos no planejamento global de novas políticas para alcançar metas societárias específicas (DYE, 2005).

Além desta questão de formulação de análise de modelos de política, também há uma questão socioeconômica advinda da localidade onde os módulos são instalados, pois idosos de regiões nobres já têm historicamente mais facilidade para acessar a saúde, o esporte, o lazer, a cultura, entre outros direitos. Já os de regiões periféricas têm menos oportunidades. Portanto, espalhar o projeto para essas regiões periféricas deveria tornar-se uma meta a se

alcançar. Deste modo, Aurélia Castiglioni verificou em seu estudo sobre o envelhecimento da população de Vitória-ES que:

a velhice é vivenciada diversificadamente, pois, para um idoso com alto poder aquisitivo e outro em condições financeiras precárias. O primeiro terá condições de suprir os custos de possíveis doenças associadas ao envelhecimento e investir em atividades de lazer, como viagens e passeios, que propiciem um bem estar físico e mental. O outro idoso, porém, que se aposentou em condições precárias ou fazia parte da massa de trabalhadores inseridos no trabalho informal, ao alcançar a velhice acaba por viver em condições árduas de subsistência. Não tem, muitas vezes, acesso a atividades de lazer e cultura, e quando acometido por doença crônica acaba sofrendo com ônus causado pela mesma (CASTIGLIONI, 2008, p. 35).

Por esse motivo, além de todo o sofrimento vivido ao longo de sua vida adulta pelo oferecimento de sua força de trabalho ao mercado, chegar a esta etapa da vida com problemas outros que a própria velhice pode trazer, acaba por minar o significado de conquista, de viver uma velhice digna, pois:

o envelhecimento humano só pode ser considerado uma real conquista, para a sociedade, na medida em que se agregue qualidade aos anos vividos. Deste modo, a atenção destinada aos idosos deve considerar a capacidade funcional, a autonomia, a participação social, as necessidades de cuidado e satisfação pessoal, assim como, a manutenção da inserção social e de boas condições de saúde. Todos estes aspectos podem impactar de forma positiva ou negativa na qualidade de vida do idoso, guardando relação com o contexto social e familiar, a sua história de vida e a organização da atenção à saúde (TAVARES; DIAS, 2011, p. 206).

Assim, ter acesso a uma saúde vista de uma perspectiva ampliada e multifatorial, encontrando condições de desenvolver sua cidadania e participação social, torna-se elemento chave na busca por esta situação equitativa.

Deduz-se que a descentralização e intersetorialidade podem dar tanto espaço para a participação cidadã, como oferecimento de políticas melhores articuladas, com melhores serviços, possibilitando atingir mais indivíduos dentro dos diversos coletivos, em mais dos seus direitos constitucionais.

Nota-se também, que ações que muitas vezes são consideradas intersetoriais, são na verdade, ações de articulação horizontal, importantes como uma intersetorialidade embrionária mas ainda não oferecendo todas as potencialidades que este tipo de gestão pode oferecer.

Pensar em processos de elaboração, implementação e avaliação em que atuem vários setores, várias áreas do conhecimento e que preveja a participação popular, em Políticas Públicas de caráter descentralizado e visando atingir os cidadãos dentro de seus coletivos de forma integral, é a intenção maior da intersetorialidade.

Deste modo podemos caracterizar as ações do SOE como avançadas dentro do que já existe (por serem tidas como modelo para Políticas Públicas de nível nacional), mas embrionárias dentro do que pode vir a ser (sinergia nas ações possibilitadas pela intersetorialidade).

Essa caracterização avançada, deve-se tanto a inspiração nacional para a Academia da Saúde, como a visão de Promoção de Saúde que é tendência mundial nas políticas de saúde. Em um fato específico, testemunhou-se:

Após a aula, apareceu um estrangeiro que só falava em inglês perguntando se ali era um centro de informações turísticas. Como único que falava a língua, expliquei a ele sobre o SOE e ele ficou surpreso ao saber que era uma atividade governamental e gratuita. E eu fiquei surpreso, pois a nacionalidade do mesmo é inglesa, ou sendo, o SUS se baseou no sistema de saúde de lá o NHS (National Health System), e pelo menos na materialização de Política Pública de promoção de saúde, parece que estamos com iniciativas de vanguarda (DIÁRIO DE CAMPO, 23/09/2016).

Do ponto de vista da gestão, percebeu-se a importância dada a intersetorialidade, entretanto com o apontamento da existência da limitação dos servidores ainda não saberem trabalhar neste modelo, indicando que isto possa ser um problema de formação.

O perfil da população participante do programa, indica pessoas de um nível social/econômico alto e com possibilidades educacionais superiores, e mesmo em um grupo com este perfil, notou-se uma compreensão vaga ou inexistente, tanto do que seja intersetorialidade, quanto das possibilidades intersetoriais existentes no programa que praticam.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa pergunta norteadora foi: que aspectos podem caracterizar o SOE como uma Política Pública intersetorial a favor do acesso aos direitos dos idosos as atividades físicas / práticas corporais?

Após a pesquisa, dentro da Política Pública escolhida para a análise, o indicativo aponta para relações intersetoriais incipientes, apesar de ser um programa que tenta se alinhar as tendências atuais de promoção de saúde.

Através das literaturas revisadas, percebeu-se que as relações intersetoriais aparentam potencializar as ações de garantia de direitos dos indivíduos, podendo assim ser um caminho a trilhar pelas Políticas Públicas de promoção à saúde.

Dentro do perfil dos frequentadores do SOE-JP, aparentemente eles possuem tempo e renda para a realização qualitativa das AF/PC, sendo que apesar do perfil educacional superior, parecem não conhecer o que seja a intersectorialidade, nem suas potencialidades.

O gestor apontou a importância da intersectorialidade na gestão, dizendo que a falta de conhecimento dos profissionais em trabalhar neste modelo é um limitador, talvez sendo um problema de formação.

Apesar do cenário encontrado, o SOE é um dos modelos para a criação de Políticas Públicas, sendo inspiração para a Academia da Saúde.

Estudos relacionando saúde e idosos, lazer e idosos, esporte e idosos, Políticas Públicas e idosos tornam-se cada vez mais relevantes em uma sociedade que se torna proporcionalmente mais idosa e longa.

Dentro do fenômeno mundial do aumento da expectativa de vida e queda da taxa de fecundidade, promovendo o envelhecimento populacional, percebe-se que as Políticas Públicas precisam se adaptar para oferecerem melhores serviços, com mais alcance populacional e maior qualidade nas intervenções.

Constata-se que as pessoas não mais envelhecem de forma isolada, mas que as populações inteiras de nações estão passando por este fenômeno coletivamente, fato este observado até em países considerados jovens.

A hipótese inicial de melhores resultados em gestões descentralizadas e intersectoriais, foi confirmada pela literatura, tidas como importantes pela gestão, porém não verificadas nas observações realizadas sobre as práticas ocorridas no SOE-JP.

Dentro dos modelos de análise de Dye (2005) tem-se o início classificado como o modelo de elite, ao instituir o SOE dentro de zonas balneares de lazer, que seriam praias de áreas nobres da cidade. A opção pública aparece como um modelo de risco de parceria com a

iniciativa privada, ao apontar que indivíduos agem em benefício próprio, inclusive em esferas públicas, que se esperava a preocupação com um bem estar social. Uma das melhores opções seria o modelo racional, que é a tomada de decisões baseando-se em dados, com o objetivo de melhor ganho societário. Porém, conclui-se que as políticas operam de modo geral, incluindo aí o SOE, com o modelo incremental, que são variações sobre o passado, aplicando pequenas melhorias em políticas já consolidadas, para evitar atritos políticos e gastos em novas ou grandes reformulações.

Conclui-se que o SOE, apesar de ser uma Política Pública de vanguarda e de referência nacional, ainda possui relações intersetoriais incipientes, classificadas como articulações governamentais horizontais, que é uma intersetorialidade embrionária, abrindo caminho para a construção de uma Política Pública com mais alcance e qualidade.

Há a possibilidade de ampliação dos serviços para os idosos de regiões mais carentes e os convidando a participação social dentro das formulações. Primeiro por serem menos atendidos tradicionalmente, segundo por terem direito, e por último por ser essa uma das características mais interessantes da intersetorialidade.

7 - REFERÊNCIAS

- Literatura utilizada:

ARENDT, H. **Origens do totalitarismo**. Tradução Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

BACHETTI, J.R. **Limites e Possibilidades da Educação Física nas Políticas Públicas de Saúde de Vitória - ES**. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Espírito Santo: Vitória, 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Ed. Revista e atualizada. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.

BARRETO, M. L. **Lazer e cultura na velhice**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais/PBH, 1997. p. 130-36. (Encontro Nacional de Recreação e Lazer, 9).

BRACHT, Valter. **A constituição das teorias pedagógicas da educação física**. Cad. CEDES. v.19, n.48 p. 69-88, 1999

CAMARGO, Leonardo Perovano; OLIOSI, Lorena Pereira; SANTOS, Junia Helena Ferreira; DEFANTE, Kamila da Penha Braz; BORGES, Carlos Nazareno Ferreira. **Relação público-privado nos usos das orlas dos municípios de Serra e Vitória - ES**. Comunicação oral apresentada no I CONACSO - Congresso Nacional de Ciências Sociais: desafios da inserção em contextos contemporâneos. 23 a 25 de setembro de 2015, UFES, Vitória-ES.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Teresa Redig de Carvalho Barrocas e Luís Octávio Ferreira Barreto Leite. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CARNOY, Martin. **Estado e teoria política**. 3. ed. Campinas: Papirus, 1990.

CARVALHO, J. M. de. **Cidadania no Brasil. O longo Caminho**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CARVALHO, M. A. **Uma introdução à análise de Políticas Públicas: análise custo-benefício, árvores de decisão e modelos de multiatributos**. In: ENANPAD, 29., 2005, Brasília. Anais... Brasília: ANPAD, 2005.

CARVALHO Y. M. de. **Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica**. Revista Brasileira de Saúde da Família (Brasília), 2006. v. VII, p. 33-45

CASTIGLIONI, Aurélia H. **Envelhecimento da população em Vitória, Espírito Santo (Brasil)**. Disponível em:

http://www.alapop.org/alap/images/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_89.pdf. Acesso em 16/01/2017.

COUTINHO, C. N. **Cidadania e Modernidade**. Perspectiva, São Paulo, 22: 1-59, 1999.

DUMAZEDIER, J. **Sociologia empírica do lazer**. São Paulo: Perspectiva: SESC, 1979.

DYE, T.R. **Policy Analysis: what governments do, why they do it, and what difference it makes**. Tuscaloosa: University of Alabama Press, 1984.

_____. Models of politics: some help in thinking about public policy. In: .DYE, T.R. **Understanding public policy**. 11- ed. Newjersey: Prentice-Hali, 2005. p. 11-30.

_____. **Mapeamento dos modelos de análise de Políticas Públicas.** In: HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. (Org.). *Políticas Públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise.* Brasília: UNB, 2009. p. 99-129.

FALEIROS, Vicente de Paula. Direitos da Pessoa Idosa: Sociedade, Política e Legislação. In: DANTAS, Bruno et al. (Org.). **Constituição de 1988: o Brasil 20 anos depois.** Brasília: Senado Federal. 2008. v. 5, p. 562-592.

FARAH, M. F. S.; **Parcerias, Novos Arranjos Institucionais e Políticas Públicas Locais.** Cadernos Gestão Pública e Cidadania, Vol. 18, 2000.

FERREIRA, M. S. Aptidão Física e Saúde na Educação Física Escolar: ampliando o enfoque. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte.** Campinas: Autores Associados V.22, n.2, p. 41-54, 2001.

FERRIGNO, José Carlos. **Uma visão histórica de família e velhice.** Revista a Terceira Idade. Ano 4, n.4 –Julho de 1991.

FREITAS, F.F.; BRASIL, F.K.; SILVA, C.L. **Práticas Corporais e Saúde: Novos Olhares.** Rev. Bras. Cienc. Esporte, Campinas, v. 27, n. 3, p. 169-183, maio 2006.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes a pratica da análise de Políticas Públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21, jun 2000.

GOMES, Christianne Luce (Org.). **Dicionário crítico do lazer.** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2004.

GUIMARÃES, M. C. L. **O debate sobre a descentralização de Políticas Públicas: um balanço bibliográfico.** O&S, n. 23, 2002.

HALLAL, Pedro C; REIS, Rodrigo S; HINO, Adriano Akira F; *et al.* **Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná.** *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, Pelotas, v. 14, n. 2, p. 104-114, 2009. Disponível em: < http://www.sbaafs.org.br/_artigos/238.pdf >.

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson; LENARDT, Maria Helena. **Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico.** Acta Paul Enferm 2007;20(3):362-7.

HEIDEMANN, F. e SALM, J. F.. **Políticas Públicas e Desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise.** Brasília: Editora UnB.2009.

HEIDEMANN, Francisco G. . Do sonho do progresso às políticas de desenvolvimento. In: HEIDEMANN, Francisco G.; SALM, José F. (Org.). **Políticas Públicas e Desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise.** 2.ed. Editora Universidade de Brasília, 2010. cap. 1, p. 23-40.

ISAYAMA, H.F.; GOMES, C.L. **O lazer e as fases da vida.** In Lazer e Sociedade: múltiplas relações. Campinas: Alínea, 2008.

INSTITUTO JONAS DOS SANTOS NEVES.**Síntese dos indicadores sociais do Espírito Santo.** Vitória, ES, 2013. Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br/artigos/4011-sintese-dos-indicadores-sociais-do-espirito-santo-2013>. Acesso em 15/05/2014.

JUNQUEIRA, L. A. P. **Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade.** Saúde e Sociedade 6(2): 31-46, 1997.

_____. **Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, nov./dez.1998, p. 11-22.

_____. **Gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor.** Saúde e Sociedade 2004;13:25-36.

_____. **Articulações entre o serviço público e o cidadão.** X CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. Anais... Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005.

KOYRÉ, A. **Considerações sobre Descartes.** Lisboa: Editorial Presença, 1992.

KNUTH, A.G. et Al. **Avaliação de Programas de Atividade Física no Brasil: uma revisão de evidências em experiências selecionadas.** Saúde Brasil 2010.

LEMCO, J. **National health care: lessons for the United States and Canada.** Ann Arbor: University of Michigan Press, 1994.

MALTA, Deborah Carvalho; CASTRO, A.M.; GOSCH, C.S.; CRUZ, D.K.A.; BRESSAN, A.; NOGUEIRA, J.D.; NETO, O.L.M.; TEMPORÃO, J.G. **A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 18(1):79-86, jan-mar 2009

MANTOVANI, Efigênia Passarelli. **Satisfação com a vida, condições e autoavaliação da saúde entre idosos residentes na comunidade.** 2015. 1 recurso online (210 p.). Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000954718>>. Acesso em: 2 abr. 2017.

MARCELLINO, Nelson Carvalho. **Lazer: Formação e Atuação Profissional.** Papirus: Campinas, SP, 1995.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, classe social e status.** Trad. De Meton Porto Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia.** São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MENDONÇA, B. C. A.; TOSCANO, J. J.; OLIVEIRA, A. C. C. **Do diagnóstico à ação: Programa Academia da Cidade de Aracaju: promovendo saúde por meio de atividade física.** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, v. 14, n. 3, p. 211-216, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/776>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

MENY, Y.; THOENIG, J. C. **Las Políticas Públicas.** Barcelona: Ed. Ariel, 1992.

MULLER, P.; SUREL, L. **L'analyse des politiques publiques.** Paris: Ed. Montchrestien, 1998.

NASCIMENTO, Janine Thompson; BACHETTI, Jayanna; CARMO, Samantha do; PIMENTA, Andrei; BORGES, Carlos Nazareno Ferreira. **Práticas Corporais perspectivadas na Saúde Pública: Investigações sobre ações conjuntas na gestão da Prefeitura de Vitória - ES.** 66ª Reunião Anual da SBPC, CBCE - Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte, 2014.

NOGUEIRA, Leandro; PALMA, Alexandre. **Reflexões acerca das políticas de promoção de atividade física e saúde: uma questão histórica.** Rev. Bras. Cienc. Esporte, Campinas, v. 24, n. 3, p. 103-119, maio 2003.

OLIVEIRA V. M. de et al. As Teses da Faculdade de medicina do RJ – **Origens da relação entre Educação Física e Saúde na Escola**. Anais do XII Congresso Brasileiro de Ciencias do Esporte. Caxambu: DN CBCE, 2001.

OMS – Organização Pan-Americana de Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

PADILHA, Monique. Oficina '**Programa Academia da Saúde, potencialidades no território do SUS**' ministrada no XIV CONESEF - Congresso Espírito Santense de Educação Física. Vitória - ES, UFES, 2016.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

_____. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. 300fl. Salvador: 2007.

_____. **A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.29, n.10, Out. 2013.

PAIM, J. S. & TEIXEIRA, C. F. **Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(Sup): 1819-1829, 2007.

PASCHE, D.F.; HENNINGTON, E.A. **O Sistema Único de Saúde e a Promoção da Saúde**. In: Castro A, Malo M. SUS: Ressignificando a Promoção da Saúde. São Paulo: Hucitec - OPAS; 2006. p. 19-40.

PEPE, Vera Lúcia Edais et al . A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2405-2414, Aug. 2010 .

PEREIRA, Anaíza Garcia. **Condição de vida e saúde dos idosos mais idosos no Brasil e grandes regiões: uma análise dos anos 1998 e 2008**. 2016. 1 recurso online (153 p.). Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000966749>>. Acesso em: 3 abr. 2017.

PETERS, B. G. **American Public Policy**. Chatham, EUA: Chatham House, 1996.

PINTO, Juliana Martins. **Participação social, saúde e bem estar em idosos da comunidade: Estudo Fíbra polo Unicamp** = Social participation, health and well-being in community-dwelling elderly: Fíbra study. 2016. 1 recurso online (105 p.). Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000972283>>. Acesso em: 3 abr. 2017.

RAMOS, L. R. Envelhecimento populacional : um desafio para o planejamento em saúde. **Anais da I Oficina de Trabalho sobre Desigualdades Sociais e de Gênero em Saúde do Idoso**. Ouro Preto, MG, 2002, p. 85-88.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. **Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília

2010 nov-dez. p. 1035-1039. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/25.pdf>> acesso em 16/01/2017>

SEGRE, Marco; CARVALHO, Flávio. **O conceito de saúde**. Rev. Saúde Pública, 31 (5): 538-42, 1997.

SOUSA, R.L.Q. e ANTUNES, M.F.S. **Os Espaços Públicos de Lazer para a Prática Esportiva: Mapeando a Cidade de Uberlândia – MG**. Pesquisa de Pibic/CNPq (2007-2008) para Faculdade de Educação Física - Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia – MG. 2008.

SOUZA, Alcian Pereira de. **A Balada de Narayama: um diálogo com o campo jurídico de Pierre Bourdieu**. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 19, n. 4042, 26 jul. 2014. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/30498>>. Acesso em: 8 jan. 2017.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. Sociologia, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

SILVA, A. M. e DAMIANI, I. R. As práticas corporais na contemporaneidade: pressupostos de um campo de pesquisa e intervenção social. In: ____ (orgs). **Práticas corporais: gênese de um movimento investigativo em Educação Física**, Florianópolis: Naembla Ciência e Arte, 2005.

SILVA, Liliane Coelho da. Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 112, maio 2013.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; DIAS, Flavia Aparecida. **Distribuição espacial de idosos de acordo com menores escores de qualidade de vida**. Texto contexto- enferm. vol.20. Florianópolis, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000500026&script=sci_arttext Acesso em 16/01/2017.

VENTURIM, L. F. **Análise de Políticas Públicas de esporte e lazer a partir da intersetorialidade: Ocaso do programa esporte e lazer da cidade (PELC) em Vitória**. 89 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Centro de Educação Física e Desportos na Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

VERAS, Renato. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações**. Saúde Pública, 2009.

Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>. Acesso em 16/01/2017.

VIEIRA, L.A. **Apresentação do SOE elaborada pelo coordenador Leonardo Araújo Vieira**. SEMUS: 2016.

- Documentos utilizados:

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Diário Oficial da União, Brasília, 20 out. 2006.

VITÓRIA. **Diagnóstico situacional com foco no Programa Academia da Saúde.** Vitória, Estado do Espírito Santo, 2016.

VITÓRIA. **Lei 3267/85 e Decreto 7092/85, que instituem o Serviço de Orientação da Fisiologia do Exercício.** Vitória, Estado do Espírito Santo, 1985.

VITÓRIA. **Lei orgânica do município de Vitória,** Estado do Espírito Santo, de 05 de abril de 1990.

WHO (World Health Organization) 1946. **Constitution of the World Health Organization.** Basic Documents. WHO. Genebra.

8 - APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS - CEFD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Eu, Leonardo Perovano Camargo, pesquisador responsável pela pesquisa intitulada **RELAÇÕES INTERSETORIAIS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS COM PRÁTICAS CORPORAIS PARA A POPULAÇÃO IDOSA E SEUS DESDOBRAMENTOS: SOE** convido

_____, a participar da entrevista para a pesquisa, cujo objetivo é o estudo de relações intersetoriais no SOE e possibilidades de melhoria. Essa pesquisa se justifica pela necessidade de reavaliação constante das Políticas Públicas e possibilidade de aprimoramento na prestação dos serviços da gestão pública.

A participação no referido estudo será no sentido de responder a uma entrevista guiada com impressões sobre o projeto.

Alerto que a possibilidade de benefícios na pesquisa podem ser: Fornecimento de questões e reflexões para o poder público. Melhoria das Políticas Públicas para os idosos. Oferecimento de melhores opções de acesso à saúde, qualidade e expectativa de vida. Contribuição científica para avaliação da área.

E em contrapartida há a possibilidade dos seguintes riscos: constrangimento ou acanhamento diante de alguma questão. Assim sendo, os participantes responderão apenas as perguntas que desejarem, somente se sentirem à vontade em participar, as perguntas não terão caráter íntimo e nem terão qualquer conteúdo que possa ser vexatório, dessa forma, minimizando ao máximo os riscos, além do que a privacidade dos participantes será respeitada, o nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa de qualquer forma identificar, será mantido em sigilo.

Há a possibilidade de recusar a participar do estudo, ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não haverá qualquer prejuízo à assistência que recebe.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Leonardo Perovano Camargo e Carlos Nazareno Ferreira Borges podendo manter contato pelo telefone 27 99 63 95 007 e email leonardoperovano@gmail.com, para sanar quaisquer dúvidas referentes à pesquisa.

Há a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

O contato com o comitê de ética pode ser feito diante de qualquer irregularidade, denúncias e ou intercorrências na pesquisa nos seguintes contatos: Comitê de Ética e Pesquisa pelo telefone (27) 3145-9820, pelo e-mail cep.goiabeiras@gmail.com, pessoalmente ou pelo correio, no seguinte endereço: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.090-075.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da participação.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO:

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Este termo, será assinado em duas vias, uma ficando com o pesquisador e outra com o participante.

Vitória - ES, de de 2017.

(nome e assinatura do participante da pesquisa)

Leonardo Perovano Camargo
(nome e assinatura do pesquisador responsável)

09 - APÊNDICE B: Lei e decreto de 1985 instituindo o Serviço de Orientação da Fisiologia do Exercício



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

L E I N.º 3 267

Institui as Zonas Balneares de Lazer nas praias da zona urbana do Município de Vitória e dá outras providências.

O Prefeito Municipal de Vitória, Capital do Estado do Espírito Santo, faço saber que a Câmara Municipal decretou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º - Ficam instituídas nas praias da zona urbana do Município de Vitória as Zonas Balneares de Lazer.

Art. 2.º - Constituem as Zonas Balneares de Lazer do Município de Vitória:

- I - A Praia de Camburi;
- II - A Praia do Aterro da Enseada do Frade;
- III - A Praia do Aterro da Enseada do Suã.

Parágrafo Único - Para efeito de delimitação das Zonas Balneares de Lazer, são estas compreendidas pela faixa de água de cem metros (100m) de largura a contar da praia, ao longo de sua extensão e a orla de terra confinando com o mar, em igual comprimento.

Art. 3.º - Destinam-se as zonas balneares de Lazer do Município:

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

fls. 2 -

- I - Ao desenvolvimento das práticas de lazer ativo e passivo da população e de turistas;
- II - Ao banho público;
- III - As competições e gincanas de pesca desportiva, de aremesso, do Calendário Turístico e Desportivo do Município, dos Clubes de Pesca ou de promoções de Entidades Culturais, obedidas as medidas preservacionistas e as normas, pertinentes a modalidade baixadas pela SUDEPE.

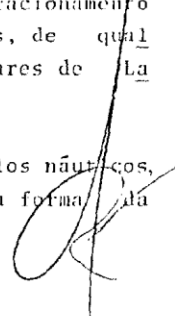
Art. 4º - Fica o Executivo autorizado a criar o serviço de Orientação da Fisiologia do Exercício, destinado a orientar a todos que se dirijam à Praia de Camburi para a ginástica matutina, vespertina e noturna.

Art. 5º - Obriga-se o Município, no âmbito das Zonas Balneares de Lazer, pela:

- I - Limpeza e segurança sanitária;
- II - preservação e proteção ambiental;
- III - recuperação da vegetação de restinga nativa da orla;
- IV - instalação de bancos para descanso ao longo do calçadão da Praia de Camburi;
- V - desativação de toda e qualquer boca de esgoto nelas existentes.

Art. 6º - São vedados o tráfego e estacionamento de qualquer equipamento automotor e de veículos, de qualquer natureza, sobre as praias das Zonas Balneares de Lazer.

Parágrafo Único - O tráfego de veículos náuticos, de moto-propulsão ou à vela, será permitido na forma da



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

fls. 3

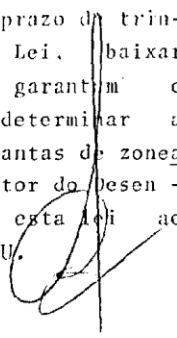
Portaria baixada pela Capitania dos Portos.

Art. 7º - É vedado o exercício de quaisquer atividades que impeçam a livre, segura e desimpedida prática do lazer das pessoas sobre as praias das Zonas Balneares de Lazer, em especial, as atividades que se seguem:

- I - Exploração comercial de captura, conservação, beneficiamento, transformação ou industrialização de seres animais e vegetais, ou de minerais, que tenham na água seu meio natural ou mais frequente de vida ou incidência;
- II - Instalação de quaisquer estabelecimentos de atividades industriais, mecânicas ou de serviços portuários;
- III - Edificação de qualquer natureza, mesmo que para ampliação de outra preexistente, que caracterize a paisagem, o espelho d'água, ou impeça o livre curso das correntes submarinas.

Art. 8º - A fiscalização das atividades exercidas nas Zonas Balneares de Lazer será exercida por funcionários devidamente credenciados pelos órgãos municipais competentes, detendo o poder de Polícia Administrativa, com os atributos da discricionariedade, da auto-executoriedade e da coercibilidade.

Art. 9º - Deverá o Executivo, num prazo de trinta dias a contar do início da vigência desta Lei, baixar as normas de regulamentação e de sanções que garantam o fiel cumprimento desta lei, bem como deverá determinar a marcação das Zonas Balneares de Lazer nas plantas de zoneamento do uso do solo fixadas pelo Plano Diretor do Desenvolvimento Urbano, como, também, fará anexar esta Lei ao texto da Lei nº 3 158/84, que instituiu o PDU.

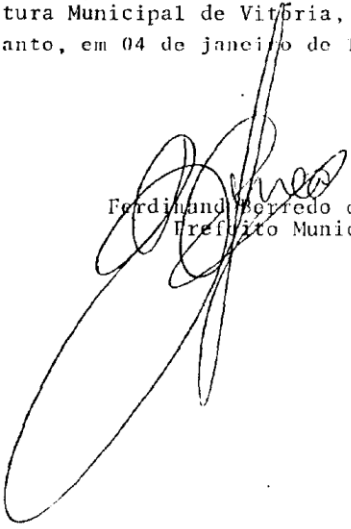


PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

fls. 04 -

Art. 10 - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de Vitória, Capital do Estado do Espírito Santo, em 04 de janeiro de 1985.



Ferdinand Ferredo de Menezes
Prefeito Municipal

Proc.SEMAD/O/7 816/84
mt.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

SEMAD/AUX/CM1

Publicado no
D.O. de 09/07/85
[Signature]
RUBRICA

DECRETO Nº 7092

Regulamenta o Art. 4º da Lei
nº 3.267/85. *27/12/94*

O Prefeito Municipal de Vitória, Capital do Estado do Espírito Santo, no uso de suas atribuições legais e de conformidade com a delegação que lhe foi outorgada pelo Art. 4º da Lei nº 3.267/85,

DECRETA:

Art. 1º - Constituem Zonas Balneares de Lazer deste Município:

- I - A Praia de Camburi;
- II - A Praia do Aterro da Enseada do Frade;
- III - A Praia do Aterro da Enseada do Suã.

Art. 2º - As Zonas Balneares de Lazer do Município destinam-se:

- I - Ao desenvolvimento das práticas de lazer ativo e passivo da população e de turistas;
- II - Ao banho público; e
- III - Às competições e gincanas de pesca desportiva, de arremesso, do calendário turístico e desportivo do Município, dos clubes de pesca ou de promoções de entidades culturais, obedecidas as medidas preservacionistas e as normas pertinentes à modalidade, baixadas pela SUDEPE.

Art. 3º - Obriga-se o Município, no âmbito das Zonas Balneares de Lazer, pela:

- I - limpeza e segurança sanitária;
- II - preservação e proteção ambiental;

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

- fls. 02 -

III - recuperação da vegetação de restinga nativa da orla;

IV - instalação de bancos para descanso ao longo do calçadão da Praia de Camburi; e

V - desativação de toda e qualquer boca de esgoto nela existentes.

Art. 4º - A fim de orientar a todos que se dirijam à Praia de Camburi para a ginástica matutina, vespertina e noturna, na forma do Art. 4º da Lei nº 3.267/85, fica criado o cargo comissionado de Chefe do Serviço de Orientação da Fisiologia do Exercício, CC-6, na Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Único - Para cada um dos três turnos de ginástica será contratado sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho, um Professor "B", de Educação Física, nível 10, que atuará sob a supervisão do Chefe do Serviço de Orientação da Fisiologia do Exercício.

Art. 5º - A fiscalização de que trata o Art. 7º da Lei nº 3.267/85, será exercida pelo Serviço de Concessões e Permissões da Secretaria Municipal de Serviços Urbanos, observadas especialmente as disposições de que trata a Lei nº 2.481/77, no que se refere às infrações e à sua correspondente graduação primitiva.

Art. 6º - A Secretaria Municipal de Planejamento adotará todas as providências que se fizerem necessárias para a anexação da Lei nº 3.267/85, ao texto da Lei nº 3.158/84 - Plano Diretor Urbano -, na forma do que estatui o Art. 9º da Lei ora regulamentada.

Art. 7º - As despesas decorrentes da execução deste Decreto correrão à conta da dotação orçamentária própria.

Art. 8º - Este Decreto entra em vigor na data de sua

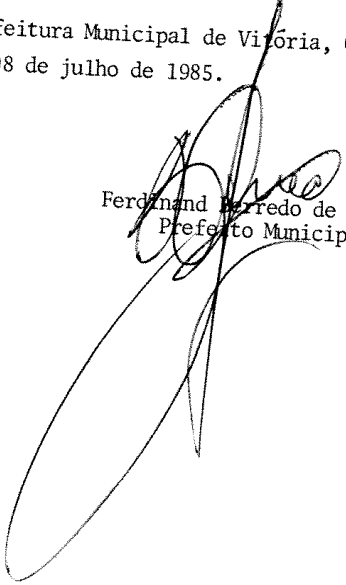
SEMAD/AUX/CM.1

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

- fls. 03 -

publicação, revogadas as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de Vitória, Capital do Estado do
Espírito Santo, em 08 de julho de 1985.



Ferdinand Barredo de Menezes
Prefeito Municipal